



3 1761 11970926 9



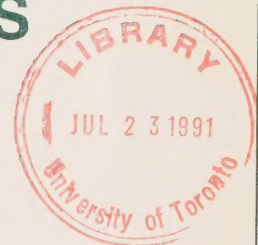
Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119709269>



HOUSE OF COMMONS
CANADA

THE HEALTH CARE SYSTEM IN CANADA AND ITS FUNDING: NO EASY SOLUTIONS



**FIRST REPORT OF THE STANDING COMMITTEE
ON HEALTH AND WELFARE,
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN
(reconstituted Committee)**

**Bob Porter, M.P.
Chairman**

JUNE 1991

THE HEALTH CARE SYSTEM IN CANADA AND ITS FUNDING: NO EASY SOLUTIONS

**FIRST REPORT OF THE STANDING COMMITTEE
ON HEALTH AND WELFARE,
SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN
(reconstituted Committee)**

**Bob Porter, M.P.
Chairman**

JUNE 1991

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 1

Tuesday, May 21, 1991
Wednesday, May 22, 1991
Thursday, May 23, 1991
Tuesday, May 28, 1991
Tuesday, June 4, 1991
Wednesday, June 5, 1991
Wednesday, June 12, 1991

Chairman: Bob Porter

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 1

Le mardi 21 mai 1991
Le mercredi 22 mai 1991
Le jeudi 23 mai 1991
Le mardi 28 mai 1991
Le mardi 4 juin 1991
Le mercredi 5 juin 1991
Le mercredi 12 juin 1991

Président: Bob Porter

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Pursuant to the Special Order adopted by the House on Friday, May 17, 1991, consideration of the Draft Report on the health care system in Canada and its funding

INCLUDING:

The First Report to the House

CONCERNANT:

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, étude du projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement

Y COMPRIS:

Le premier rapport à la Chambre

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman:

Members

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy-Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Acting Members

Jim Karpoff
Rey Pagtakhan

Researchers

Odette Madore
Joan Vance
Research Branch of the
Library of Parliament

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Président: Bob Porter

Vice-président:

Membres

Chris Axworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy-Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Membres suppléants

Jim Karpoff
Rey Pagtakhan

Attachées de recherche

Odette Madore
Joan Vance
Service de recherche de la
Bibliothèque du Parlement

La greffière du Comité

Clairette Bourque

TABLE OF CONTENTS

ACKNOWLEDGEMENTS	v
ORDERS OF REFERENCE	ix
TERMS OF REFERENCE	xi
INTRODUCTION	xiii
CHAPTER 1 — HEALTH EXPENDITURE IN CANADA	1
A. NATIONAL HEALTH EXPENDITURES	1
B. PROVINCIAL HEALTH EXPENDITURES	7
C. CONTROLLING HEALTH CARE COSTS	8
CHAPTER 2 — THE FEDERAL GOVERNMENT’S ROLE IN THE FUNDING OF HEALTH CARE	11
A. THE CONSTITUTIONAL FRAMEWORK	11
B. FEDERAL HEALTH LEGISLATION	12
C. CHANGES IN FEDERAL CONTRIBUTIONS UNDER EPF	16
D. WHAT CAN OR SHOULD THE FEDERAL GOVERNMENT DO IN RELATION TO HEALTH CARE?	20
CHAPTER 3 — PLANNING AND DELIVERING HEALTH CARE	25
A. HEALTH PROMOTION AND PREVENTION OF ILLNESS	26
B. THE HEALTH CARE DELIVERY SYSTEM	28
1. The Advantages And Disadvantages Of The Canadian Health Care System	29
2. Some Proposed Solutions To The Problems Of Financing Health Care In Canada	30
a. <i>Reallocation Of Public Funds</i>	30
b. <i>Privatization Of Certain Aspects Of The Health Care System</i> . . .	31

c. <i>Changing The System Of Remuneration For Physicians</i>	32
d. <i>Increasing Applied Research Efforts</i>	34

CHAPTER 4 – THE IMPACT OF THE AGING POPULATION 35

A. DEMOGRAPHIC TRENDS	35
B. THE AGING POPULATION AND THE COST OF HEALTH CARE	35
C. THE AGING POPULATION AND THE USE OF HEALTH CARE SERVICES	37
D. SENIORS, HEALTH CARE COSTS AND FUTURE NEEDS	44

CHAPTER 5 – ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE 45

A. ACUTE CARE FACILITIES	45
B. COMMUNITY CARE, HOME CARE, SOCIAL SUPPORT AND PREVENTIVE SERVICES	49
C. GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION OF HEALTH CARE SERVICES	50
D. GROUPS WITH SPECIAL NEEDS	51
1. The Poor	52
2. Children And Youth	52
3. Women	55
4. Aboriginal People	56
5. Immigrants And Cultural Minorities	58
E. MENTAL ILLNESS	60
F. ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS)	63

CHAPTER 6 – HEALTH CARE HUMAN RESOURCES 67

A. PHYSICIAN RESOURCES	67
B. NURSING RESOURCES	68
C. MENTAL HEALTH CARE HUMAN RESOURCES	69

D. OTHER HEALTH PROFESSIONALS	70
E. HUMAN RESOURCE PLANNING	71
CHAPTER 7 — RESEARCH	75
CONCLUSION	79
LIST OF RECOMMENDATIONS	81
GLOSSARY	87
APPENDIX A — LIST OF WITNESSES	91
APPENDIX B — LIST OF INDIVIDUALS AND ORGANIZATIONS HAVING SUBMITTED BRIEFS	97
APPENDIX C — LIST OF INDIVIDUALS AND ORGANIZATIONS HAVING SUBMITTED A DOCUMENT OTHER THAN A BRIEF	99
APPENDIX D — SUMMARY OF PROVINCIAL STUDIES	101
A. The Mandate of Provincial Commissions of Inquiry and Task Forces ...	101
B. Summary of the Provincial Reports	102
APPENDIX E — COMPUTATION OF ESTABLISHED PROGRAMS FINANCING CONTRIBUTIONS TO THE PROVINCES FOR HEALTH SERVICES	107
A. Computation of Established Programs Financing Transfer Payments ..	107
B. Cash Transfers and Tax Point Transfers	109
i) Federal income tax rebates:	109
ii) Cash contributions:	109
APPENDIX F — MINORITY REPORT	113
REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE	117
MINUTES OF PROCEEDINGS	119

ACKNOWLEDGEMENTS

In November 1989, the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women initiated hearings on the health care system in Canada and its funding.

The Committee invited submissions and heard from over fifty individuals and organizations. The contributions of those who participated in the hearings by sharing their expertise and insight in the complex and varied areas of the Canadian health care system were invaluable to the study.

The Committee wishes to express its sincere appreciation to the Clerk of the Committee, Clairette Bourque, who organized meetings, assisted in translation and co-ordinated the hearings of witnesses.

This report could not have been completed without the competent and skilled Research Officers of the Library of Parliament. Joan Vance and Odette Madore provided valuable research assistance and experience to the Committee in the preparation and completion of the report. Maureen Baker was most helpful to the Committee for the first half of the study. Raisa Deber, from the University of Toronto, was also helpful to the Committee, as a consultant.

The Members of the Committee are also indebted to the support staff of the Committees Directorate and the Translation Bureau of Secretary of State for their work during this study.

In conclusion, the Chairman would like to sincerely thank the Members of the Committee for their cooperation during the hearings and for their dedication to the completion of this report.

REPORT TO THE HOUSE

THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE STATUS OF WOMEN (reconstituted Committee)

has the honour to present its

FIRST REPORT

Pursuant to Standing Order 108(2), your Committee has considered the health care system in Canada and its funding. It has adopted this report which reads as follows:

ORDERS OF REFERENCE

Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of Friday, May 17, 1991:

By unanimous consent, it was ordered, —That the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women as it existed on the last day of the Second Session of the present Parliament be reinstated for the sole purpose of completing its report on the Health Care System in Canada and its funding, such reconstituted committee being a separate and distinct entity from the Standing Committee of the same name as listed in Standing Order 104;

That for the purpose of this order, the Standing Orders relating to committees in effect at the end of the Second Session of the present Parliament, continue to apply;

That the evidence adduced by the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women in the Second Session of the present Parliament be deemed to have been referred to the Committee;

That all motions and orders adopted by the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women in the Second Session of the present Parliament necessary for the completion of its report be deemed to have been adopted by the Committee in the present Session; and

That this Committee hereby appointed table its report to the House no later than June 1, 1991 and that upon tabling of the report, the Committee shall cease to exist.

ATTEST

ROBERT MARLEAU

Clerk of the House of Commons

Extract from the Votes and Proceedings of the House of Commons of Wednesday, May 29, 1991:

By unanimous consent, it was ordered, —That further to the Order of the House made Friday, May 17, 1991 respecting the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, the Committee be authorized to table its Report not later than Friday, June 21, 1991.

ATTEST

ROBERT MARLEAU

Clerk of the House of Commons

TERMS OF REFERENCE (ADOPTED BY THE COMMITTEE ON OCTOBER 19, 1989)

THE HEALTH CARE SYSTEM AND ITS FUNDING: FOCUS OF THE STUDY

1. THE AGING POPULATION AND ITS IMPACT ON THE HEALTH CARE SYSTEM

Only 11% of the Canadian population is now 65 years of age and older, but this percentage is expected to rise to about 27% by 2031. Some studies have indicated that elderly people, especially older seniors, tend to use a larger proportion of health care resources than younger adults. Researchers disagree, however, about the extent of morbidity in the future. The future elderly compared to the present elderly may be healthier due to more accessible health care, advances in medical technology and healthier lifestyles throughout their lives. On the other hand, they may experience a longer period of disability and illness with increased life expectancy.

- Do current methods of financing encourage less costly alternatives to institutionalized care for frail elderly and chronically ill persons?
- How can we plan future health care services for elderly persons based on projections of present trends?

2. THE ACCESSIBILITY OF VARIOUS TYPES OF HEALTH CARE SERVICES TO ALL REGIONS AND CATEGORIES OF PEOPLE

- How can we assure that an adequate level of health services is available to those in rural and remote areas?
- How can we make physical and mental health services more accessible to the poor, aboriginal peoples, immigrants and cultural minorities?

- How can we assure that health services are accessible to children and youth, and appropriate for their special needs?
- To what extent are the poor, immigrants and aboriginal groups affected by the practice of de-insuring selected procedures and services in some provinces?
- What is the role of health promotion and disease prevention in improving the health status of disadvantaged groups?
- Given the absence of a clear division between health promotion and social interventions (such as better housing, specialized housing and transportation for the elderly and disabled, nutritional counselling and social work), can community health centres and community service centres serve to link curative health, health promotion and social programs?

3. HEALTH CARE HUMAN RESOURCES: SUPPLY, UTILIZATION AND GEOGRAPHIC DISTRIBUTION OF PROFESSIONAL AND OTHER HEALTH CARE WORKERS

- What is the relationship between the availability and distribution of human resources in the health sector (physicians, nurses and other health care professionals) and the quality and cost-effectiveness of health care delivery?
- What is the role of other non-medical professionals, such as midwives, chiropractors, psychologists, nurse practitioners, physiotherapists, occupational therapists and massage therapists in the health care system? Should Canadians have direct fully-insured access to these professionals? Should these professionals be allowed to make decisions concerning the need for non-medical services such as home care?

THE HEALTH CARE SYSTEM IN CANADA AND ITS FUNDING: NO EASY SOLUTIONS

INTRODUCTION

The general purpose of this study is to determine the ability of current fiscal arrangements to provide an adequate, stable yet flexible funding base for a health care system that responds to the needs of Canadians. In this report, the Committee is seeking solutions to this funding dilemma while, at the same time, addressing some specific concerns, namely, the impact of the aging population on the health care system, access to care, health care human resources and health research.

This study was initiated in the previous Parliament by the National Health and Welfare Committee under the chairmanship of Dr. Bruce Halliday. That Committee heard witnesses and presented an Interim Report to the House of Commons on 13 September 1988, which provides background information for the present study.

In November 1989, the House of Commons Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women resumed the study of the Canadian health care system and its funding. Between November 1989 and January 1991, the Committee received numerous briefs and heard from a wide range of witnesses concerning the strengths and weaknesses of the system. Witnesses included the Minister of National Health and Welfare, government officials, health policy analysts, university researchers, associations of health care providers and consumers, and advisory councils and advocacy groups. On 18 June 1990, the Committee presented its Interim Report to the House of Commons summarizing recurring themes in the briefs and testimony of witnesses received to mid-April.

The Canadian health care system poses a significant challenge to Canadians and their governments as they attempt to create and maintain a cost-effective health care system which provides high quality health care to all Canadians. Over the past twenty or thirty years, Canada's health care spending has increased substantially. Much of this growth was due, initially, to the introduction of public medical and hospital insurance.

More recently, the expansion of the health care delivery system, increasing sophistication of modern medicine, and a corresponding rise in health consumer expectations, and demographic changes have contributed to an increase in health spending. The Committee also recognizes the limitations imposed on the study by the changing economic and constitutional environment and acknowledges that there is no easy solution to this dilemma.

HEALTH EXPENDITURE IN CANADA

Information on health expenditure in Canada, on both a national and provincial basis, is discussed in this chapter. In addition, information on how Canada's expenditures compare to those in other Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries is presented. Finally, some of the factors that OECD studies have found to be associated with upward trends in health spending are considered, on the premise that they may inform our efforts to deal with this problem in Canada.

A. NATIONAL HEALTH EXPENDITURES¹

Table 1 shows total national health expenditure for selected years between 1960 and 1990. Data are provided for five year intervals between 1960 and 1975 and for every year between 1975 and 1990. It should be noted that figures after 1987 are estimates.²

In 1960, health care spending totalled \$2.1 billion, or about \$120 per capita, and represented 5.5% of GNP. By 1987, total health expenditure was \$48 billion or \$1,870 per capita and represented 9% of GNP. In 1990, national health care expenditures are estimated to be approximately \$60 billion or \$2,266 per capita, accounting for about 9.2% of GNP.

The growth in national health expenditures in the 1960s and early 1970s was largely due to the introduction of national hospital and medical care insurance, which all provinces had in place by 1961 and 1975 respectively. Also, the increase in health spending between 1960 and 1987 is due, in part, to inflation. In constant dollars (1981), health expenditures rose from \$7.2 billion to \$32 billion over this period.

¹ Health expenditure, both national and provincial, includes all health expenditure, private as well as government or public.

² Unless otherwise indicated, the source of figures on health expenditure in this chapter is Health and Welfare Canada, *Health Expenditures in Canada, 1975-1987*, Ottawa, September 1990.

TABLE 1
Health Expenditure For Selected Years

Year	(millions of \$)	(% of GNP)
1960	2,142	5.5
1965	3,415	6.0
1970	6,253	7.1
1975	12,267	7.2
1976	14,119	7.2
1977	15,500	7.2
1978	17,248	7.3
1979	19,412	7.2
1980	22,703	7.5
1981	26,650	7.7
1982	31,150	8.6
1983	34,511	8.7
1984	37,310	8.6
1985	40,407	8.7
1986	44,285	9.0
1987	47,935	9.0
1988	51,800	8.9
1989	56,100	8.9
1990	60,228	9.2

Total national health expenditures grew from \$12.2 billion in 1975 to \$47.9 billion in 1987, an increase of 291%, or 12% per year. During the same period GNP increased by 216%, or just over 10% per year. Since 1975, the rate of growth in national health expenditures has been similar to that of GNP, except for the 1979–1983 period, generally acknowledged as a period of economic downturn, when growth in health expenditure was considerably higher than growth in GNP.

The OECD estimates that member countries devoted, on average, 6.5% of Gross Domestic Product (GDP) to health in 1975 and 7.3% in 1987 (Table 2).³

³ OECD, *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*, Social Policy Studies No. 7, Paris, 1990, p. 10.

It is important to acknowledge that there are a number of basic difficulties in making international comparisons of health care systems and their funding. This is because of the limited compatibility of data and methodological problems arising from comparing different economic, demographic, cultural and institutional structures. OECD studies take these complicating factors into account and there is some consensus that, in spite of these difficulties, there are lessons to be learned from looking at other health care systems.⁴

Canada was somewhat above the OECD average with national health expenditures of 7.3% of GDP in 1975 and 8.6% of GDP in 1987 (Table 2). Compared to rates of GDP devoted to health by particular OECD countries, Canada's rate of expenditure on health at 8.6% of GDP in 1987, was much higher than rates of 3.5% for Turkey, 5.3% for Greece or 6% for Spain, roughly comparable to that of France, Netherlands, Austria, Germany and Sweden, but significantly lower than that of the United States.

In the period between 1960 and 1975, public sector spending on health in Canada rose from 43% in 1960 to 76% in 1975 following the introduction of national health insurance. Since 1975, public sector spending as a percentage of national health expenditure has remained relatively steady (74% in 1987). This proportion of public spending on health care is similar to that in other OECD countries, where, on average, almost 80% of all health expenditures are financed by the public sector. In the United States, however, public expenditure on health in 1987 was only 41% of national expenditures.

⁴ Please refer to the glossary for an explanation of the difference between GNP, used in Table 1, and GDP as used by OECD countries and in discussions of provincial health expenditures in Canada.

TABLE 2

**Total And Public Health Expenditure As A Percent Of Gross Domestic Product:
Organization For Economic Cooperation And
Development Countries, 1975–1987⁵**

Country	Total expenditure				Public expenditure			
	1975	1980	1985	1987	1975	1980	1985	1987
	Percent							
Australia	5.7	6.5	7.0	7.1	3.6	4.0	5.0	5.1
Austria	7.3	7.9	8.1	8.4	5.1	5.5	5.4	5.7
Belgium	5.8	6.6	7.2	7.2	4.6	5.4	5.5	5.5
Canada	7.3	7.4	8.4	8.6	5.6	5.6	6.4	6.5
Denmark	6.5	6.8	6.2	6.0	6.0	5.8	5.3	5.2
Finland	6.3	6.5	7.2	7.4	5.0	5.1	5.7	5.8
France	6.8	7.6	8.6	8.6	5.2	6.2	6.9	6.7
Germany	7.8	7.9	8.2	8.2	6.2	6.2	6.4	6.3
Greece	4.1	4.3	4.9	5.3	2.5	3.5	4.0	4.0
Iceland	5.9	6.4	7.3	7.8	5.3	5.7	6.4	6.9
Ireland	7.7	8.5	8.0	7.4	6.4	7.8	7.1	6.4
Italy	5.8	6.8	6.7	6.9	5.0	5.6	5.4	5.4
Japan	5.5	6.4	6.6	6.8	4.0	4.5	4.8	5.0
Luxembourg	5.7	6.8	6.7	7.5	5.2	6.3	6.0	6.9
Netherlands	7.7	8.2	8.3	8.5	5.9	6.5	6.6	6.6
New Zealand	6.4	7.2	6.6	6.9	5.4	6.0	5.6	5.7
Norway	6.7	6.6	6.4	7.5	6.4	6.5	6.1	7.4
Portugal	6.4	5.9	7.0	6.4	3.8	4.2	4.0	3.9
Spain	5.1	5.9	6.0	6.0	3.6	4.4	4.3	4.3
Sweden	8.0	9.5	9.4	9.0	7.2	8.7	8.6	8.2
Switzerland	7.0	7.3	7.7	7.7	4.8	5.0	5.2	5.2
Turkey	--	--	--	3.5	--	--	--	1.4
United Kingdom	5.5	5.8	6.0	6.1	5.0	5.2	5.2	5.3
United States	8.4	9.2	10.6	11.2	3.6	3.9	4.5	4.6
Mean	6.5	7.0	7.4	7.3	5.0	5.5	5.7	5.6

⁵ OECD, *op. cit.* p. 10.

Trends in public sector health expenditure as a percent of GDP in Canada are similar to those of other OECD countries where public expenditure has tended to increase as a proportion of total health expenditure over the past 20 or 30 years. As Table 2 indicates, public health expenditure in Canada was 5.6% of GDP in 1975 and 6.5% in 1987. The comparable average rates for OECD countries were 5% in 1975 and 5.6% in 1987. It can be noted that the Canadian rate of public expenditure as a percentage of GDP in 1987 was about the same as that of many other countries, including France, Germany, Iceland, the Netherlands and Luxembourg. Finally, Canada's public health expenditure in 1987 as a percent of GDP was significantly lower than that of Sweden and Norway but significantly higher than that of the United States, Turkey, Spain, Portugal and Greece.

The OECD estimates, on the other hand, that Canada had a rate of per capita spending on health (\$1,483) second only to that of the United States (\$2,051) in 1987.⁶

It appears that Canada's per capita spending on health, relatively high compared to that of other OECD countries, could be related to higher age dependency ratios in the population. A study of the impact of health policy in OECD countries over the 50 years between 1980 and 2030 predicts that, just on the basis of population aging alone, the implications could be greatest, among OECD countries, for Canada, Finland and Japan. Moreover, the study points to additional factors that may affect Canada's ability to finance the increased expenditures resulting from population aging.

The OECD study suggests that the burden of health expenditure falls mainly on the working population and, as such, the ability of countries to finance the increased expenditures resulting from population aging will depend on changes in the relative size of the productive population as reflected in dependency ratios, as well as labour force participation rates, unemployment rates and productivity. The OECD study predicts that Canada will be among those countries to face the largest increases in age dependency ratios. Also, large increases in demand for long-term care are expected as a result of the higher incidence of chronic disease, the larger cohorts moving into older age groups and the increases in the duration of services across OECD countries. Use rates, for medically-oriented residential facilities, according to the OECD study, tend to be higher in Canada and the United States, while the highest rates for use of publicly funded home care services were in the United Kingdom and Sweden and the lowest in Switzerland, Canada and Germany.⁷

6 *Ibid.*, pp. 11–12.

7 Meyer, Jack, *The Implications of Ageing Populations for Health Care Policy and Expenditures*, 1984 (internal working paper), and *The Social Policy Implications of Ageing Populations*, OECD, Paris, forthcoming.

Table 3 shows Canada's national health expenditure by sector for 1975, 1987 and 1990. Federal government expenditure declined from 30.8% of national health expenditure in 1975 to 29.5% in 1987 and 27.7% in 1990. Health expenditures by provincial and local governments have remained fairly constant as a percentage of national expenditure and private expenditure has increased from 23.6% in 1975 to 25.8% in 1987 and 27.5% in 1990.

Total health expenditure by category of expenditure for 1975 and 1987 is indicated in Table 4. Hospital and other institutional services have always accounted for the biggest share of health care budgets. According to Table 4, the percentage of health expenditure on hospitals decreased from 44.4% to 39.2% between 1975 and 1987 and expenditure on home care increased from 0.3% to 0.8%. This indicates the beginning of a trend away from institutional care and toward more community and home care, a trend the federal government may wish to encourage in light of the OECD findings. The proportion of total health expenditures associated with physicians and drugs increased somewhat during the period, while the proportion associated with capital expenditures showed a moderate decline. All other categories of expenditure include other health professionals, ambulances, appliances, public health, administration and miscellaneous costs. Among these categories, dentists' services in particular showed a modest increase.

TABLE 3

Total Health Expenditure By Sector For 1975, 1987 and 1990
(percentage distribution)

Sector	1975	1987	1990
Federal Government	30.8	29.5	27.7
Provincial Governments	43.4	42.6	43.4
Local Governments	1.1	1.1	0.6
Workers Compensation	0.9	0.8	0.8
Private	23.6	25.8	27.5
Total	100.0	100.0	100.0

TABLE 4
Total Health Expenditure By Category For Selected Years
 (percentage distribution)

Category	1975	1987
Hospitals	44.4	39.2
Other Institutions	9.7	10.3
Home Care	0.3	0.8
Physicians	15.7	16.0
Drugs	8.9	11.6
Capital Expenditure	5.0	4.4
Health Research	0.8	0.9
All Other Categories	15.2	16.7
	100.0	100.0

B. PROVINCIAL HEALTH EXPENDITURES

Provincially, health care costs account for roughly one third of provincial government budgets and, in recent decades, health care spending has represented a growing share of provincial GDP. Among the provinces, health spending varies from a low of 7.7% of provincial GDP in Alberta, in 1987, to a high of 12% in Prince Edward Island (Table 5). Among the ten provinces, health spending as a percentage of provincial GDP tends to be lower in Central Canada and the West than in Atlantic Canada. Over the period 1975 to 1987, health spending as a percentage of provincial GDP rose in every province. In New Brunswick, Manitoba, Alberta and British Columbia, the increase was about 2% and in Saskatchewan it was more than 4%.

Per capita health spending also varies widely by province from a low of \$1,473 in Newfoundland, in 1987, to a high of \$1,985 in Ontario for a \$512 difference between the two provinces.

Federal government health expenditure as a percentage of public expenditure declined from 40.3% in 1975 to 38.2% in 1990. Federal transfers to the provinces declined from 27.6% of total national health expenditure in 1975 to 25% in 1990. This decline is due to the impact of the changes to EPF funding arrangements. Further changes to EPF in 1990 and 1991 will accelerate this trend to decreased federal contributions to the provinces for health care.

TABLE 5**Provincial Health Expenditures As Percentage Of Provincial Gross Domestic Products For 1975 And 1987**

Province	1975	1987
Newfoundland	10.7	11.7
Prince Edward Island	12.0	12.2
Nova Scotia	10.1	11.6
New Brunswick	8.8	10.8
Quebec	8.0	8.9
Ontario	6.7	8.2
Manitoba	7.9	10.0
Saskatchewan	6.7	11.0
Alberta	5.5	7.7
British Columbia	7.1	8.9

C. CONTROLLING HEALTH CARE COSTS

Studies seem to indicate that the increase in health costs is a major problem associated with social policy in all OECD countries. The OECD associates the following factors with the persistent upward trend in health spending, most of which the Committee heard about in some form from witnesses with regard to the Canadian system:

1. Until the early 1980's, real growth in health expenditures was in excess of real GDP growth, posing potential future problems for governments if slower economic growth persists;
2. Concentration of health expenditures on a relatively small proportion of the population with high medical care needs, e.g. the frail elderly;
3. Increased utilization and intensity of services;
4. Increases in the number of hospital beds and physicians so that most countries face significant surpluses of both;
5. Significant differences across and within countries in availability and use of resources, both in terms of hospital stays and surgical rates, which do not appear to be related to health outcomes;

6. Substantial increases in hospital expenditures, generally in excess of the overall inflation rate, with hospitals representing an increasingly large share of total health expenditures;
7. Evidence of inappropriate use of services (e.g. use of hospital emergency services for primary care) resulting in misallocations of resources and adverse iatrogenic effects (e.g. inappropriate or overmedication of the elderly sometimes resulting in hospitalization);
8. Large capital and operating costs associated with the implementation of certain new technologies;
9. The demonstrated cost-saving potential of some payment systems, competitive bidding arrangements, capitated reimbursement arrangements and new types of delivery arrangements;
10. Programmes concentrating on health promotion, health education, and lifestyles as effective means of reducing health spending;
11. Increased awareness of the amount of resources devoted to certain population groups, including terminally ill patients, and to decisions by individuals concerning the right to die;
12. Increased concern about financing and delivery of long-term health services, the interaction between health and social services systems, and the importance of appropriate case management.⁸

Canada seems to be experiencing problems similar to those of most other OECD countries when it comes to controlling rising costs, while providing the efficient delivery of quality health care. At a time when economic growth is slow and government deficits are mounting, there are serious concerns about the problems associated with maintaining the level of health care and improving it in the future.

Other OECD countries have tried various formulas in an effort to reduce health care costs. Some countries have opted for user fees and market-oriented approaches, including competitive bidding. Others have adopted comprehensive budget policies and new delivery arrangements, such as Health Maintenance Organizations (HMO). Still others have moved to limit the number of medical students or have turned their attention to educating consumers about the appropriate use of health services. Some countries have taken a tight regulatory approach, such as limits on the use of hospital beds and

⁸ OECD, *Financing and Delivering Health Care -- A Comparative Analysis of OECD Countries*, Social Policy Studies No. 4, Paris, 1987, p. 13.

equipment. The 1987 OECD study observes that individuals and societies have begun to recognize the concept of limits and the difficult economic, social and ethical choices that such limits impose.

Some witnesses and experts note that countries that already have high quality health services are facing a situation where their additional investments provide fewer tangible benefits. The witnesses explain that spending additional funds on health care does not necessarily translate into improvements in the health status of a population. In short, the problem appears to be determining the optimal level of resources that a society wishes to dedicate to health care.

THE FEDERAL GOVERNMENT'S ROLE IN THE FUNDING OF HEALTH CARE

This chapter contains a description of the constitutional framework for federal government intervention in health and a historical review of federal health legislation. It also provides an examination of changes in federal government contributions to provincial health insurance plans. Finally, there is a discussion of the federal government's role in health care funding.

A. THE CONSTITUTIONAL FRAMEWORK

Generally speaking, the provinces and territories are primarily responsible under the Constitution for providing health care services. The federal government's intervention in this sector stems essentially from its constitutional spending power.

In 1867, the Fathers of Confederation could not foresee how organized health care would grow over the years. Health was therefore not a major concern in the discussions preceding the drafting of the *British North America Act*. As a result, the Constitution contains few specific references to health in the division of legislative powers between the central government and those of the provinces and territories.

Subsections 91(11) and 92(7) are the only constitutional provisions expressly concerning health. Under subsection 91(11), the Parliament of Canada is granted legislative authority over quarantine and the establishment and maintenance of marine hospitals, while subsection 92(7) provides that the provincial legislatures may legislate on "the Establishment, Maintenance and Management of Hospitals, Asylums, Charities, and Eleemosynary Institutions in and for the Province, other than Marine Hospitals". In the context of the times, this last provision was probably intended to encompass most health services. The delivery of health care has therefore traditionally been recognized as a matter of essentially provincial jurisdiction.

In areas under its jurisdiction, the federal government developed and maintains health services for aboriginal people, the population of the Yukon, immigrants, the Canadian Armed Forces, veterans and the inmates of federal penitentiaries.

The federal government also invoked its power under subsection 91(27) of the Constitution concerning criminal law to pass the *Food and Drugs Act*, the *Narcotic Control Act* and the *Proprietary or Patent Medicine Act* (in effect until 1977).

Beyond the legislative authority granted to the Parliament of Canada in certain fields, the Constitution, as interpreted by the courts, confers upon the federal government the power to use the Consolidated Revenue Fund to purchase any item it wishes, provided the order authorizing the expenditure in question does not fall within an area of provincial jurisdiction. This constitutional spending power then enables the federal government to make payments to the provinces and to individuals in areas where it has little or no direct power, e.g. health and post-secondary education.

Consequently, funding arrangements have developed in which the federal government finances health care jointly with the provinces. The federal government also carries out a wide range of activities intended to protect Canadians from hazards to health: e.g. food safety and nutritional quality, safety and effectiveness of drugs and medical devices, reduction and monitoring of environmental health hazards and sensitivities, prevention and control of the spread of AIDS and infectious diseases as well as the impact on individuals of their socio-economic environment. In the area of health promotion, the federal government develops and delivers, in cooperation with the provinces, territories and non-government organizations, health education and information in areas such as nutrition, alcohol, tobacco and drug use, family and personal health care. It also supports scientific research and related activities and provides for the training and maintenance of research personnel.

B. FEDERAL HEALTH LEGISLATION

The beginnings of the present national health insurance system can be traced back to 1948. In that year the federal government introduced national health grants. The grants financed projects such as public health surveys (in relation to tuberculosis, venereal disease, cancer, infant and maternal hygiene and the promotion of mental health), surveys of laboratory, radiological, rehabilitation and other health services, the training of health professionals and hospital construction. A number of provinces received federal government grants under this grants program which can be considered a stimulus in the early development of our national health care system.

Parliament passed the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* in 1957, authorizing the federal government to pay half the cost of provincial hospital insurance plans that met minimum eligibility and protection criteria. The fundamental principles of the Act included the national character of the insurance scheme and standardized universal hospital coverage for all citizens. In 1958, the insurance programs of five provinces (Newfoundland, Manitoba, Saskatchewan, Alberta and British Columbia) became eligible under the terms and conditions of the program's cost-sharing arrangement. After 1961, the hospital plans of all provinces met the federal standards and received federal contributions for that purpose.

In 1964, the Royal Commission on Health Services (the Hall Commission) conducted the most complete inquiry and the most detailed analysis ever produced on the subject of health care in Canada. In the Commission's view, the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* favoured the development of hospital services to the detriment of other services. The Commission strongly recommended in its report that the federal government enter into an agreement with the provinces to provide grants according to a fiscal need formula to assist the provinces and territories to introduce and operate comprehensive, universal programs of personal health services. They recommended that the programs should consist of the following services, with the provinces and territories exercising the right to determine the order of priority of each service and the timing of its introduction: medical services, dental care for children, expectant mothers and public assistance recipients, prescription drugs, optical services for children and public assistance recipients, prosthetic services and home care services.⁹

Federal government participation in insured health services began to grow in the mid-1960s, following the recommendations of the Hall Commission. The *Medical Care Act* was passed in 1966. Under the Act, the federal government agreed to a cost-sharing arrangement with those provinces whose systems complied with the principles set out in that statute. Accordingly, the federal government would pay a per capita amount equal to 50% of the cost of services insured by the participating provinces. The principles of the Act required that the provincial systems cover all services provided by doctors, insure all residents, be administered by public authorities and offer benefits that would be portable from province to province. Since 1972, all provinces have had their own health insurance systems that meet the national standards.

9 The Royal Commission on Health Services, *Report*, 1964, p. 10.

In 1966, Parliament also acted on another Hall Commission recommendation and passed the *Health Resources Fund Act*. The purpose of this Act was to provide financial assistance for the organization, acquisition, construction, renovation and equipping of educational and research facilities in the health field. This assistance program, which ended in 1978, led to the creation of a number of new medical schools.

As noted above, the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act* provided that the federal financial contribution would represent approximately one-half the costs incurred by the provincial systems. Consequently, any increase in provincial expenditures would result in an increase in federal financial support. For both the provinces and the federal government these financing arrangements had some disadvantages. The federal government's room to manoeuvre in controlling expenditures was restricted and provincial governments felt their flexibility in the development of their health services was limited. For these reasons, cost-sharing arrangements were replaced in 1977 by unconditional, lump sum grants (block funding). The *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act*, 1977, which provided for block funding, did not change the basic principles of the *Hospital Insurance Act* or the *Medical Care Act*. However, the federal government's contribution became conditional on the compliance of the provincial health plans with the principles set out in the two Acts and it changed the method of calculating federal contributions. As Malcolm Taylor observed in his in-depth analysis, *Health Insurance and Canadian Public Policy*, federal funds would continue to be made available but the amounts would be adjusted to increases in Gross National Product (GNP) rather than the actual costs of health services programs.¹⁰ Under the new Act, the federal government's total contribution to health and post-secondary education was calculated on the basis of the average federal contributions in 1975-1976 indexed to a moving average of per capita GNP growth. Details of the method of calculating transfers under Established Programs Financing (EPF) are provided in Appendix E.

Total EPF transfers consist of two components: cash and tax points. The fiscal transfer represents 13.5 personal income tax points and one corporate income tax point. Quebec receives a special abatement of an additional 8.5 personal income tax points. Approximately 67.9% of total tax transfers go to health. The cash transfer corresponds to the difference between a province's total entitlement and the value of the tax transfer.

Transfers under EPF initially included compensation to the provinces for the termination of a revenue guarantee program put in place to make up for changes resulting from fiscal reform in 1972. Throughout the consultations that led to EPF, the

¹⁰ Second Edition, McGill-Queens University Press, Kingston and Montreal, 1987, p. 487.

provinces requested this compensation. The federal government agreed to give one personal income tax point and the cash equivalent of another point and these were added to the cash and tax contributions under EPF, ending in 1979-1980. The experts do not agree on whether the revenue guarantee can be considered as part of EPF transfers.

In 1984, the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act* were consolidated in the *Canada Health Act*. The purpose of the *Canada Health Act* was “to establish criteria and conditions that must be met before full payment may be made under the Act of 1977 (EPF) in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law”. According to the Act, each provincial health insurance plan must meet certain criteria in order to receive federal financial support for insured health services and extended health care services. These conditions, which were set out in the previous statutes, are public administration (s. 8), comprehensiveness (s. 9), universality (s. 10), portability (s. 11) and accessibility (s. 12).

Public administration means that the provincial system must be administered on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province and subject to audits of its accounts and financial transactions.

Comprehensiveness implies that the system must deliver all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists and, where authorized, services provided by other health professionals.

Universality requires that 100% of the insured persons of a province be entitled to the insured health services provided by the plan on uniform terms and conditions.

The principle of portability ensures that when people take up residence in another province, the province of origin must pay the cost of insured health services during a minimum period of residence or waiting period imposed by the new province of residence, a period not in excess of three months. Portability also means that insured persons who are temporarily absent from their province and who receive health services will have those costs paid in accordance with certain terms and conditions.

According to the accessibility criterion, insured health services must be provided on uniform terms and conditions, and Canadians must be guaranteed satisfactory access to insured health services without any direct or indirect barrier such as extra billing and/or user fees. Accessibility also means that reasonable compensation must be provided for all insured health services rendered by doctors or dentists and that adequate payment must be made to hospitals in respect of the cost of insured health services.

The insured health services defined by the Act include all medically necessary hospital services and all medically required physician services, as well as surgical-dental services requiring a hospital for their proper performance. As for extended health care services, they include nursing home, intermediate care, adult residential care, home care and ambulatory health care.

The *Canada Health Act* differs from the two Acts that preceded it in that it prescribes financial penalties for provinces that permit extra billing or charge user fees. Corresponding changes were made to EPF legislation.

In 1986, in the wake of budget cuts associated with concern about the federal deficit, Parliament passed the *Act to Amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements, 1977* (C-96), restricting growth in federal EPF transfer payments. Transfers continued to be linked to economic and demographic growth, although their annual per capita growth rate was 2% lower than the rate under the previous formula.

In 1991, the *Government Expenditures Restraint Act* (C-69) froze per capita EPF transfers at their 1989-1990 level for two years. This meant that EPF transfers in 1990-1991 and 1991-1992 would increase at the rate of population growth in each province. In addition, for subsequent fiscal years, the Act imposes an additional 1% reduction in the indexing factor for the total contribution. In other words, starting in 1992-1993, the growth rate of contributions paid under EPF will decline by 3%.

In the federal 1991 budget speech, Mr. Wilson announced that the freeze on per capita EPF entitlements would be extended to 1994-1995. This means that total EPF entitlements will continue to grow in line with the increase in population of each province. In addition, growth in EPF entitlements will be limited to a rate of growth of GNP per capita less three percentage points starting in 1995-1996. The following section provides a brief analysis of the changes made in federal contributions under EPF.

C. CHANGES IN FEDERAL CONTRIBUTIONS UNDER EPF

The table provided in Appendix E shows cash and tax transfers to the provinces under EPF since 1977. The totals were used to prepare Figure 1, which shows changes in federal contributions to the provinces including lump-sum transfers, cash transfers and tax transfers. It will be seen that the changes differ greatly depending whether the transfers were made in cash or tax points. Since 1984-1985, growth in cash transfers has remained below that of tax transfers. Growth in cash transfers has been negative since 1989-1990.

Changes in EPF transfers can be examined in the broader context of federal government finances (Figure 2) and economic growth.

FIGURE 1
EPF Transfers for Health
year over year percentage change

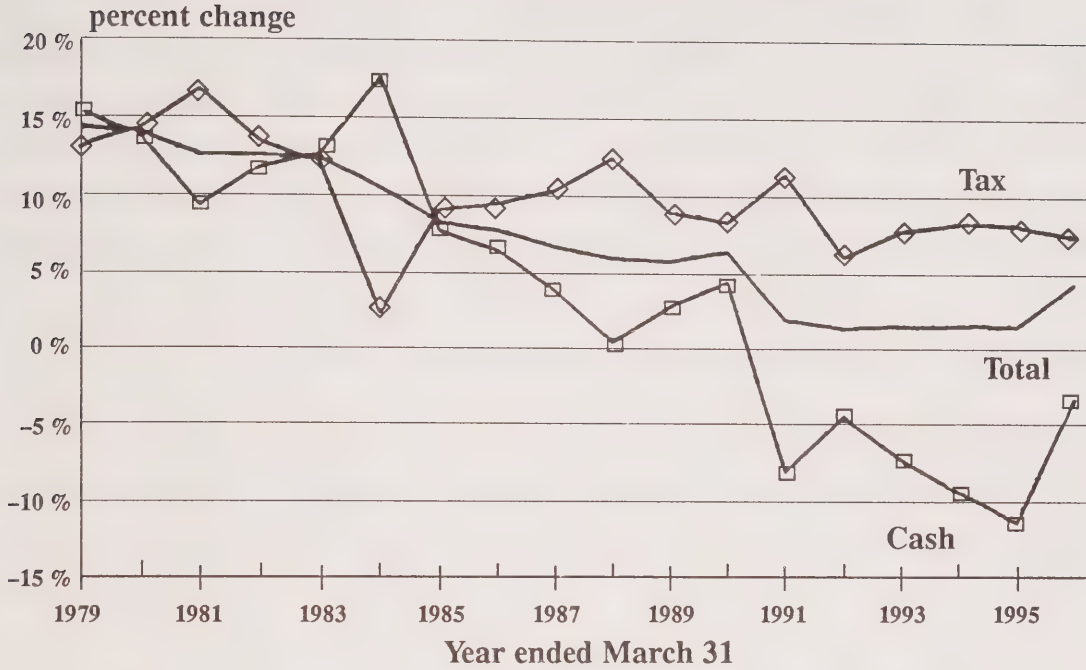
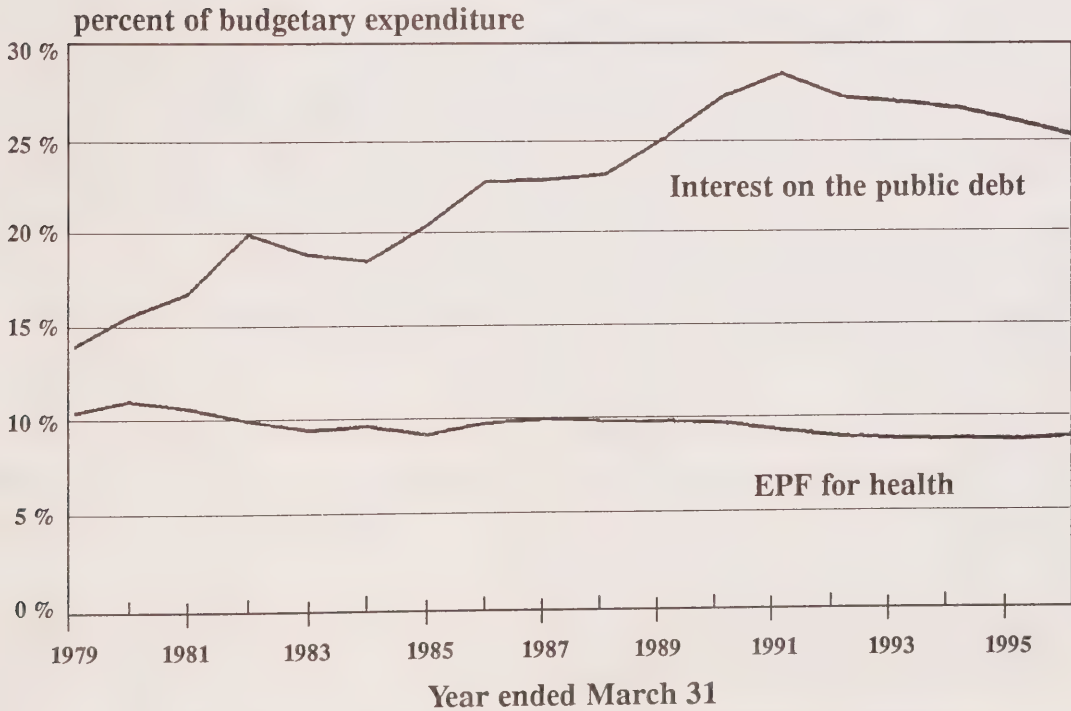


FIGURE 2
EPF (Health) and Interest on the Debt
Percent of Federal Budgetary Expenditure



Projections based on Department of Finance estimates

During the early eighties, the federal deficit was very important in absolute terms and as a proportion of GDP. In 1984-1985, the deficit represented 38 billion dollars, or 8.6% of GDP. Over the last five years, the federal deficit declined. In 1990-1991, it amounted to 30.5 billion dollars, or 4.5% of GDP. However, high interest rates and the deficit have contributed to a rise in the federal debt. The debt is actually growing faster than the economy and the government's interest payments on the debt consume a large portion of federal expenditures. In 1990-1991, over 28% of all budgetary expenditures went to servicing the debt, compared to about 21% in 1984-1985 and 12% in 1976-1977. The federal government has attempted to get the debt under control by reducing the deficit and by restraining growth in expenditures, such as health care.

Economic growth also influences the level of EPF transfers. For a given year, the fiscal escalator embodied in the EPF formula is based on the average rate of growth of GNP during the preceding four years. Because the nominal rate of GNP grew substantially faster during the years preceding the introduction of EPF than it had in the years after, EPF transfers grew faster than the GNP in the late seventies. Then, between 1980 and 1986, the rate of growth of transfers was on average higher than the increase in GNP. Since the fiscal year 1986-1987, the rate of growth in EPF transfers has lagged behind the rate of growth in GNP. Based on projections in the 1991 federal budget, this trend could continue over the next few years.

Some witnesses said that the federal government will stop making cash payments before the end of the decade as a result of restrictions on the growth of EPF transfers. On this point, Dr. Michael Rachlis cited an assessment prepared by the Government of Quebec and included in its 1990-1991 budget documents.¹¹ Quebec will experience the end of federal cash transfers sooner than the other provinces because Ottawa gives more tax points to Quebec than to the other provinces. Eventually, since the growth rate of cash transfers has become negative, the only federal contribution will be tax point transfers. Even if these do not entail any financial outlay for the federal government, fiscal transfers will continue to increase and will thus constitute a fiscal cost for the federal government, since it will be receiving less in the way of tax revenues.

¹¹ Ministère des Finances, *Budget 1990-1991 : Discours sur le budget et renseignements supplémentaires*, Government of Quebec, April 26, 1990, Appendix E, pp. 16-18.

Dr. Rachlis pointed out in his testimony that, when there are no further cash contributions under EPF, nothing in the *Canada Health Act* allows the federal government to enforce medicare standards.¹² Consequently, he predicts, Canada could ultimately find itself with ten separate medical care systems, each with a different financing arrangement:

Provinces would be free to institute user charges and allow private insurance for basic hospital and physician care. There is no legal provision for the federal government to cut back its equalization payments or recall the tax points transferred in 1977 to enforce the national standards in the *Canada Health Care Act*.¹³

Dr. Rachlis added that, “The end of the cash transfers under the Established Programs Financing Act will kill medicare.”¹⁴

It is true that the penalties provided in the *Canada Health Act* for provinces not meeting the conditions are limited to the cash transfers. Subsection 15(1) provides that if the Minister of Health and Welfare is of the view that the health care insurance plan of a province does not satisfy any one of the criteria described in the Act, the Governor in Council may, by order:

- (a) direct that any cash contribution or amount payable to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or
- (b) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution or amount payable to that province for a fiscal year be withheld.

Other witnesses drew different conclusions concerning EPF cuts. They emphasized that a program does not need to be centralized in order to be national. Thomas Courchene, for example, said he felt cuts in transfer payments would result in major decentralization of health care in many provinces. A more decentralized system and a transfer of tax points would, in his view, enable the provinces to control the future of their health care system more effectively. Mr. Courchene also argued:

Medicare does not exist in Canada because this program or the *Canada Health Act* exists; medicare exists because Canadians want it. (. . .) I think you undermine the role of the provinces if you feel or if you hold the belief that their role in the system is to destroy medicare. It clearly is not. Their citizens would never let them do it.¹⁵

The federal government recently stated, however, that the principles of the *Canada Health Act* would not be compromised despite restrictions on the growth of EPF

¹² *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 53, p. 54.

¹³ *Ibid.*, Issue No. 53, p. 46.

¹⁴ *Ibid.*, Issue No. 53, p. 45.

¹⁵ *Ibid.*, Issue No. 53, p. 70.

transfers. In the 1991 budget speech, the Minister of Finance said: "Legislation will be introduced to ensure that the federal government continues to have the means to enforce these national medicare principles."¹⁶

D. WHAT CAN OR SHOULD THE FEDERAL GOVERNMENT DO IN RELATION TO HEALTH CARE?

Since the inception of "block funding" in 1977, federal contributions as a percentage of the total cost of the Canadian health care system have gradually decreased. There are those who argue that this trend will undermine the federal government's ability to maintain national standards under the *Canada Health Act*. Others see it as having more positive impacts on the health care system.

Professor Contandriopoulos, who is generally critical of this trend said:

The (federal) government's strength and ability to uphold the principles of unity despite provincial differences, which principles set Canada apart from other countries . . . are linked to the key role the government plays in the area of funding. Those principles are the very basis of that funding. If the federal government withdraws funding the provincial systems will crumble.¹⁷

In a similar vein, the Canadian Hospital Association (CHA) advised that:

Reductions in EPF transfers challenge provincial governments to reduce health care and post-secondary education budgets or increase taxes. A national framework of stable and adequate EPF funding is a prerequisite to achieving health goals. In the case of health manpower, cuts to EPF threaten both the health system in which health professionals work as well as the education system in which they are trained.¹⁸

Professor Thomas Courchene, on the other hand, sees the following scenario as an outcome of the struggle by provincial governments to control health care costs:

. . . We are now witnessing at the provincial level a flowering of experimentation . . . in funding approaches, in payment systems, in information and smart card systems, in alternative approaches to institutionalization, in approaches to local delivery, in integrating health and social services, in coverage, and on and on. From Ottawa's perspective the system might well appear to be fragmenting, but in reality what is occurring is that the system is dramatically attempting . . . to save medicare. If any of these experiments turn out to excel in terms of delivery or cost efficiency, they will immediately spread across the (national) system.¹⁹

¹⁶ Minister of Finance, *Budget*, Tabled in the House of Commons on February 26, 1991, p. 21.

¹⁷ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 23, p. 8.

¹⁸ Brief, p. 12.

¹⁹ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 53, p. 69.

In Mr. Courchene's view "Something like the *Canada Health Act*" makes it more difficult for provinces to control costs and he pointed out that in his view, provincial politicians are under even greater pressures than federal ones to maintain the principles of medicare.

Some provinces do see federal national standards as interfering with their ability to control program costs. The recent Quebec government reform package requested that the *Canada Health Act* be amended to allow for a services tax on supplementary drug insurance programs, dental care, eye care and orthotic and prosthetic services.²⁰ They later decided not to introduce this aspect of their reform package at this time. The Quebec government more recently decided not to introduce this aspect of their reform package at this time.

Similarly, the former British Columbia Minister of Finance and Corporate Affairs, the Honourable Mel Couvelier, in proposing "disentanglement"²¹ as one approach to greater fiscal stability, offered as one reason for this proposal the point that:

The federal government has, through the imposition of program standards, continued to interfere with provincial efforts to control program costs. It has done so even while attempting to downgrade its funding commitments to the provinces.²²

It is clear that there are divergent and strongly held views on this issue.

The Committee considered four apparent options for the federal government in the health care field. These options tend to represent two extremes on a continuum of possibilities as well as two more modest approaches. Within each of these options, a broad range of alternatives could be implemented. Only a few of these alternatives are briefly considered in the following discussion.

OPTION 1 The federal government could assume total responsibility for the administration, delivery and funding of health care in Canada.

This option requires the greatest changes in the status quo and, therefore, we can only speculate on the outcome of such an approach. It seems apparent that this option would require constitutional change, as the delivery of health care services has been

20 Government of Quebec, Ministry of Health and Social Services, *A Reform Centred on the Citizen*, 7 December 1990, pp. 81-82.

21 Report of the Western Finance Ministers, July 1990. This report said that disentanglement requires a fundamental re-examination of federal and provincial spending responsibilities and revenue capacity. This would be aimed at reducing federal spending in areas of provincial responsibility with an accompanying transfer of adequate fully-equalized tax room.

22 Honourable Mel Couvelier, *Resolving Canada's Dangerous Fiscal Situation Through Renewed Federalism and Fiscal Discipline*, 10 September 1990, pp. 3-4.

interpreted as a provincial responsibility. It would also require renegotiation and agreement between the federal, provincial and territorial governments on arrangements providing the financial basis of health care.

Option 1 would co-ordinate and standardize the administration, delivery and funding of health care across Canada and could facilitate the enforcement of national standards by the federal government, as well as increasing financial accountability. This approach would not necessarily contradict the findings of those provincial studies which recommend that the health care system be more decentralized, since regional structures can allow responsibility, funding and planning at a central level, with administration and delivery done locally.

OPTION 2 The federal government could maintain a strong role in national health care, including a strong funding role which enables the enforcement of the criteria and conditions that each provincial health insurance plan must meet in order to receive full federal cash contributions.

The federal government could maintain the funding basis of its traditional role, as some witnesses suggested, by re-establishing the original EPF block funding formula in which the calculation of cash contributions to the provinces takes into account population size and growth in GNP.

In the absence of increased cash contributions, the federal government can, as stated by Finance Minister Michael Wilson in his February 1991 budget speech, introduce federal legislation to ensure that the federal government has the means to enforce the principles set out in the *Canada Health Act*.²³ It is unclear at this time what the content of this implied legislation might be.

The federal government could amend the *Canada Health Act* to permit a broader range of options to the provinces in financing and delivering health care. User fees have been discussed in this context. The Health Services Review (1979-1980) and the House of Commons Task Force (1981), the recommendations of which paved the way for the *Canada Health Act*, both concluded that "user pay" endangered the principle of reasonable access.²⁴ This Committee reaffirms these principles of the *Canada Health Act* relating to user-fees and extra-billing.

²³ House of Commons Debates, February 26, 1991, p. 17689.

²⁴ E.M. Hall, *Canada's National Provincial Health Program for the 1980's*, Health and Welfare Canada, Ottawa, 1980. Canada, Parliamentary Task Force on Federal-Provincial Relations, *Fiscal Federalism in Canada*, Supply and Services Canada, Ottawa, 1981.

OPTION 3 The federal government can negotiate its role in relation to health care with the provinces.

Option 3 would require the development of a national policy on health care. Development of this policy would include the division of responsibility for health between the federal, provincial and territorial governments, the basics of funding under EPF, and the principles of the *Canada Health Act*.

OPTION 4 The provincial and territorial governments could assume total responsibility for the administration, delivery and funding of their own health care. Options 3 and 4 are not mutually exclusive and therefore, Option 4 can also be seen as one of the alternatives under Option 3.

Under either Option 3 or Option 4, the funding and delivery of health care services could be the responsibility of the provinces, with an accompanying transfer of tax room from the federal government to the provinces, and the federal government could retain its present responsibilities in health prevention and promotion, fitness and amateur sport, and services to Indian people, immigrants, and federal public servants. This could include a continuing role for the federal government in education, research, the development of a national health information system and national policy objectives.

Options 1, 2 and 3 could be compatible with the development of a national policy incorporating specified national objectives in the health care field. In a decentralized system in which funding and delivery of health care in their jurisdictions would be the responsibility of the provinces and territories (Option 4), maintaining standards would presumably also be the responsibility of the provinces and territories.

RECOMMENDATION

Having considered these four options the Committee recommends:

- 1. That the federal government, in co-operation with the provincial and territorial governments, develop a clearly stated national policy on health care that is consistent with the existing *Canada Health Act*. Development of this policy would include the division of responsibilities for health between the federal, provincial and territorial governments, the basics of funding under EPF and the standards of the *Canada Health Act*.**

PLANNING AND DELIVERING HEALTH CARE

Many expert witnesses are of the view that, compared to other OECD countries, Canada has managed to contain health care costs quite successfully, and that, generally, Canadians are in as good or better health as people in other countries. Dr. David Naylor pointed out that, as a percentage of GNP, Canada comes out about the middle of the OECD rankings, because our GNP remained “reasonably robust” but, in terms of what Canada spends on a per capita basis, we have the second most expensive system in the world.²⁵

Dr. Naylor also said that, waiting lists notwithstanding, the most recent survey of users (1990) shows that the majority of Canadians are content with their health care system. Dr. Naylor suggests that the popularity of the Canadian system probably stems from the combination of first dollar coverage, free choice of provider and personalized attention inherent in the maintenance of a private practice framework for medical care.²⁶

At the same time, the health care system is currently facing fiscal, socio-economic, technological and demographic challenges and there is the sense that changes must be made. The provinces are experiencing a wide range of problems and this has led them to the creation of task forces or royal commissions in the attempt to find solutions.

In the current economic situation, and in view of increasing government deficits, the problem of financing the health care system is becoming particularly acute. Witness André-Pierre Contandriopoulos said that our health care system is plagued on the one hand by expansionist forces and on the other by cutbacks in resources. Accordingly, he suggested that we must agree to rethink what we know about health determinants; what we know today is quite different from what we knew when we were setting up our health care system 25 or 30 years ago.²⁷

²⁵ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 43, p. 5.

²⁶ Naylor, C.D., *The Canadian Health Care System: An Overview and Some Comparisons with America*, article submitted to the Committee, pp. 16-17.

²⁷ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 23, pp. 7-8.

A. HEALTH PROMOTION AND PREVENTION OF ILLNESS

A variety of witnesses, particularly those involved in studies of population health and epidemiology, recommended that the federal government involve itself in a major way in the development of a long-term health policy giving top priority to health factors related to the environment and quality of life, including the living conditions and development of young children. Such a policy, in their view, would perhaps have greater positive impact on health in the long term than increased spending on the medical-hospital sector.

Because improved health is associated with improved standards of living, some witnesses consider it essential that any health promotion and disease prevention program directed to a disadvantaged group be preceded by social programs guaranteeing an income permitting that group to be adequately housed and fed. This is part of a call for a broader definition of health that goes beyond that of the present health care delivery system (Canadian Dietetic Association, Consumers' Association of Canada, Canadian Health Coalition, Canadian Institute of Child Health, National Advisory Council on Aging, Victorian Order of Nurses). Accordingly, such organizations recommend that governments redirect health care dollars to programs of prevention and promotion, including initiatives to alleviate the social causes of illness. Some witness groups expressed, for example, the need for more health promotion programs that would produce behavioural changes and help reduce risks to health associated with lifestyle, such as the use of tobacco, alcohol, and drugs, and poor dietary habits (Canadian Institute of Child Health, Canadian Dietetic Association, Consumers' Association of Canada).

The federal government has a long history of involvement in the prevention of illness and disease, including measures to protect the supply of food, water and drugs for medical purposes, promoting good nutrition and the prevention and spread of infectious diseases.

Since the 1970s, the Canadian government has embraced a health promotion approach to health. Health promotion, based on a World Health Organization model, is referred to as a "holistic" approach because it focuses on the physical and social environment as it relates to the health of the population (environmental pollution, family violence, highway accidents, stress, substance abuse, etc.). Health promotion within the health care field itself implies the sharing of responsibility and resources by governments and health professionals, with individuals planning their personal health strategies with community and other support groups not previously regarded as part of the health care team.

In speaking to the Committee of what the federal government has tried to do to “get a handle on costs”, the Minister of National Health and Welfare said:

I am convinced that the focus of our system has to shift away from a curative approach to a preventive approach. It does not mean we will not continue to do anything we can to respond to disease after it occurs or respond to accidents after they occur. We have to do that, but it is infinitely cheaper for us to stop a child from ever starting to smoke than it is to treat somebody who contracts cancer. It is infinitely cheaper for us to educate people on how to avoid contracting AIDS than it is for us to provide services to them once they become infected with the disease. It is infinitely cheaper for us to prevent drug abuse and alcoholism in Canada than it is to treat the problem once it has occurred.²⁸

Federal government expenditure on health promotion and prevention is a much smaller proportion of the federal government expenditure on health than is the expenditure on curative care. For example, the federal government estimates that 1.2% (\$84.9 million) of the Health Program budget of Health and Welfare Canada will be spent on health services and promotion in 1991-92, while 83.8% (\$5.8 billion) is expected to go to claims on health insurance.²⁹

Some witnesses suggested that health depends on factors outside what we have traditionally defined as the health care system, such as environmental, social and economic factors. They said these factors should be a matter of concern in the allocation of resources. Dr. Jonathan Lomas said, for example,

. . . more money into the health care system will do very little . . . more money to produce health is better spent elsewhere, outside the health care system. ³⁰

²⁸ *Ibid.*, Issue No. 28, p. 32.

²⁹ Health and Welfare Canada, *1991-1992 Estimates*, Part III, pp. 2-12.

³⁰ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 52, p. 120.

Dr. Jane Fulton similarly told the Committee:

In my view we do not need to spend any more money on health care. We need to spend money on housing, on transportation and on the environment. Here are areas in which I think you (the federal government) have some policy power under the Constitution, . . . ³¹

RECOMMENDATIONS

- 2. That the federal government develop policies to make the nation healthy in those areas where it has jurisdiction under the Constitution, including the environment and areas that affect quality of life such as housing, income, employment and post-secondary education.**
- 3. That the federal government emphasize illness prevention and health promotion and devote greater resources to education and information for consumers with the objective of making them full partners and knowledgeable decision-makers in their own health care.**
- 4. That a Canada Health Council, representing health care providers, consumers, researchers and others, be established and financed to advise the federal government on matters related to national health care.**

B. THE HEALTH CARE DELIVERY SYSTEM

Canada provides universal health insurance coverage for its population through health insurance programs jointly financed by federal, provincial and territorial authorities. Provincial and territorial authorities design their own health insurance programs following national standards codified in the *Canada Health Act*. Provincial plans must meet those standards in order to qualify for full federal cash contributions to their programs.

Provincial and territorial health insurance plans must cover medically necessary hospital services, physicians' services and certain surgical dental procedures. Provinces are not required to insure residents for the costs of eyeglasses, outpatient prescriptive drugs, general dental care and semi-private or private hospital accommodation. However, most provinces include an outpatient prescription drug benefit for the elderly and individuals who qualify for social assistance.

The *Canada Health Act* does not specify what benefits are required in a "comprehensive" program and provinces and territories can and do include additional benefits that are not required under the national standards.

³¹ *Ibid.*, Issue No. 15, p. 6.

Coverage of long-term care is not required under the *Canada Health Act* but the federal government makes an equal per capita contribution to the provinces and territories in support of nursing home care, home care and ambulatory health care.

While they cannot impose user fees or extra-billing without losing federal financial support, provinces have considerable latitude in determining how their share of health care costs are financed. They may institute insurance premiums and sales taxes and use general revenues or a combination of approaches. Health insurance is the single largest program funded by provincial governments, but there is considerable variation in the amount of resources that each jurisdiction devotes to health care and the rate by which health care costs are increasing.

1. The Advantages And Disadvantages Of The Canadian Health Care System

For the objective observer, there are many advantages to the Canadian system of financing and delivering health care. Recently, American health care analysts have been studying the Canadian system of health care in their attempts to improve their own system. A paper by the United States Congressional Research Service points to some of the advantages and disadvantages which are seen in the Canadian system.³²

Advantages include universal coverage for the population, comprehensive services with considerable latitude for the provinces in terms of determining how their share of health costs will be financed, minimum standards of care in all provinces and territories, portability to all parts of Canada, no dollar limits on the amount of necessary medical care that individuals may receive, freedom for physicians to make individual medical decisions for patients without constraints faced by American physicians such as utilization review and managed care, relatively low administrative costs due to the requirement in the *Canada Health Act* for non-profit administration (administration costs are approximately 1.5% to 2.5% of Canadian health expenditures in 1987, compared to 6% to 8% in the United States) and broad public support.

According to the authors of the same paper, disadvantages of the Canadian health care system, as compared to the system in the United States, include waiting lists and rationing by queue for some services, limits on hospital budgets and number of physicians in some specialties and high technologies, less innovation in delivery and financing of care, a lack of cost-sharing requirements which appears to encourage over-use, longer average hospital stays and heavier reliance on institutionalization to care for the elderly.

³² Fuchs, Beth C. and Joan Sokolovsky, *The Canadian Health Care System*, February 20, 1990.

2. Some Proposed Solutions To The Problems Of Financing Health Care In Canada

During the Committee's public hearings, witnesses presented a number of options as at least partial solutions to financing problems. These options included reallocation of public funds, privatization of certain aspects of the health care system, changing the system of remuneration for physicians and increasing applied research efforts to develop new, innovative and more efficient ways to deliver high quality care.

a. *Reallocation Of Public Funds*

Many witnesses argued that the problems currently facing the health care system are not so much the result of underfunding as of maldistribution of funds over the various categories of services. They emphasized the fact that funding arrangements tend to favour curative services that comply with the medical model. Generally, they argued that resource reallocation would make it possible to prevent needless hospitalizations and provide access to appropriate community and home care services in particular. Hospitalization is the most costly single component in the system and deserves special attention. It seems apparent that an emphasis on community and home care, health promotion and health consumer education will be cost-effective in the long-term but it is still unclear, according to some witnesses, what the impact will be on costs in the shorter term.

Although it is popular wisdom that community-based care could be more cost-effective than institutional care, Dr. Raisa Deber cautioned the Committee that, unless such services are provided within a fixed budget and managed so as to limit services to those who would otherwise be in institutions, costs would probably increase.

On the reallocation of funds, Kenneth Fyke said:

I am not directly advocating either cost curtailment or financial aid for our present system. What I am advocating is the reallocation of some of the existing resources away from traditional services and into community-based services and home support infrastructures. It is well documented throughout the literature that a substantial proportion of inpatient hospital care is non-acute; that is, it does not have to be provided in an acute-care inpatient hospital setting. In many of these instances, care can be provided in less expensive settings such as outpatient clinics or in the patient's home.³³

Similarly, other witnesses said this recommended reallocation of resources would make possible more efficient use of available funds, help meet current and future health care needs more effectively and help slow the growth in health care costs in Canada.

³³ Brief, p. 5.

RECOMMENDATION

5. **That the federal government consult with the provinces and territories in developing a framework for the gradual shift of sufficient institutional resources (human, financial and technological) to more appropriate levels of community, home care and social support services.**

b. Privatization Of Certain Aspects Of The Health Care System

The public sector currently accounts for nearly three-quarters of health expenditures in Canada. Some observers argue that increased privatization in the financing of health care would, by definition, limit public expenditures in the health sector. For example, research and the testimony of some witnesses suggest that user charges for hospital or physician services, by increasing their nominal cost, would eventually lead to less use of those services. User charges might encourage users to try to choose the most appropriate care provider (e.g. the community clinic rather than the hospital emergency service) and to avoid needless visits. Others argue, on the contrary, that research and experience seem to indicate an absence of any significant links between direct charges to patients and the use of services. Furthermore, critics of user charges say that such fees would discourage those at lower income levels from seeking the care they need.

Kenneth Fyke said that user charges have unfortunate consequences and often prove ineffective. He cited a study by the Rand Corporation in the United States which indicated that user fees reduced demand for hospital services in all cases, that is, both where hospital care was appropriate and where it was not. It is apparently uncertain, then, whether user charges would help limit inappropriate rather than appropriate use of hospital facilities. In addition, Mr. Fyke said:

Studies show that “user” or “deterrent” fees deter the low income groups. This is the very group that we have attempted, through public financing, to ensure obtain equal access to health care because we believe access to hospital and medical services should not be dependent upon income. In fact it is this belief, and the resulting equity in our system, that is one of our greatest achievements. It sets our system above most others, particularly the American system where 35 million people, predominantly the working poor, have no health insurance coverage.³⁴

A mixed private and public health services structure was also discussed during the hearings. According to Dr. Theodore Marmor, such a structure causes distortions between the two sectors and leads to numerous secondary effects, such as waiting lines in public hospitals. Discussing the experience of Israel and Great Britain, he explained:

²⁴ *Ibid.*, p. 7.

The incentive is for the physician to be able to establish a queue in the public sector and then say “If you want to get your hip replacement in less than three months, come and see me in the afternoon in my private office”. That is consistently an observation in all systems where physicians are allowed to practise both publicly and privately.³⁵

Another form of privatization, proposed by Mr. Claude Castonguay, could lead to the creation of a more competitive market based on consumer choices. Mr. Castonguay felt that certain types of resources, such as housing resources for the elderly, should not always be financed out of public funds. In his view, certain types of health care services could be privatized and patients should first pay for the services and then be refunded later by the public system. Since beneficiaries would be free to decide where they would obtain the service, they would, according to Mr. Castonguay, choose the most efficient service. In this view, privatization of some services would create more competition between various types of institutions, which would improve the performance of the system.

On the other hand, in terms of the overall use of national resources, some observers fear that this type of privatization might actually contribute to higher health care costs. Comparative international evidence seems clear that systems of mixed public and private finance cost a good deal more, both for care and particularly for administration, than universal public systems.³⁶

Dr. Marmor cited the American experience to suggest that private financing may undermine control of health costs, pointing out that the United States is the only OECD country to have failed to get its costs under control.

c. *Changing The System Of Remuneration For Physicians*

At present, most physicians in Canada are paid on a fee-for-service basis. Some witnesses were of the view that this method of payment contributes significantly to the rising costs of health care. The main criticism of the fee-for-service method is that it leads to over-use of health services. Witnesses in favour of changing present arrangements for paying physicians say that such a change would permit greater control of health care costs. They also indicated that such a change would help eliminate certain medically unjustified procedures.

Dr. Lomas told the Committee that replacing fee-for-service with other methods of payment would make it possible not only to reduce health care costs, but also to prevent some non-essential types of care from being provided. In this connection, he noted:

³⁵ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 52, p. 93.

³⁶ Evans, Dr. Robert, “Reading the Menu with Better Glasses: Aging and Health Policy Research”, *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*, Steven J. Lewis, Lewis Publishers, Michigan, 1989, p. 145.

. . . interestingly, we seem to have some effect on the quality of care by moving, for instance, to an HMO style of care, capitation payment. In that capitation payment you find that indeed the discretionary procedures as a proportion for procedures performed in a fee-for-service comparison was about 50%. In the HMO it was about 30%.³⁷

Comparing fee-for-service with salary arrangements, he came to similar conclusions:

Here the appropriateness of a particular procedure, in this case carotid endarterectomy [sic], was at a level of about 65% appropriateness for those who were on salary and 45% appropriateness for those who are on fee-for-service. So even a salaried position population was doing 35% of their carotid endarterectomies [sic] for inappropriate indications.³⁸

Consequently, while payment mechanisms other than fee-for-service may make it possible to prevent some inappropriate procedures, they probably will not eliminate them altogether.

It also appears that it would be difficult to change the fee-for-service system. Dr. David Naylor observed that this system predominates in Canada and that it would be difficult to contemplate other methods within our health insurance system. He said:

. . . if you have an open-ended, first dollar, universal system where doctors can float in and out of the marketplace, open their offices, establish fee-for-service private practice and know that they are going to have full coverage for their services, it is very difficult to establish any kind of competing paradigm in payment when that is the dominant and major mode.³⁹

A study by Contandriopoulos, Lemay and Tessier⁴⁰ suggests that there is no ideal method for paying physicians. All compensation arrangements have their advantages and disadvantages. Nevertheless, a number of witnesses suggested adjusting payment methods according to the type of service provided. For example, since the fee-for-service method does not take into account the amount of time doctors spend with a patient, it was suggested that they be paid a salary for practising in rest homes, chronic hospitals and community care programs and for making house calls. For example, Dr. Philip Berger, a member of a group of primary care physicians who care for AIDS patients in downtown Toronto, told the Committee that much of his work, particularly in the later stages of the disease, consists of extensive counselling by telephone or house call, services to which categories of payment in the fee-for-service system do not accurately correspond.

³⁷ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 52, p. 85.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*, Issue No. 43, p. 8.

⁴⁰ *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Quebec City, 1988.

RECOMMENDATIONS

6. That within two years, the federal government produce a complete report, based on a compilation of existing research and pilot studies of physician remuneration systems, with a particular emphasis on the appropriateness of certain remuneration systems for specific practice situations.
7. That the federal government encourage the provinces and territories to continue to develop innovative alternatives to existing remuneration systems for physicians.

d. Increasing Applied Research Efforts

It became apparent in the course of the hearings that three areas in applied research deserved further attention: quality assurance, systems of delivering and managing services, and technology assessment.

Witnesses suggested that the relationship between cost-effectiveness and quality of care is not self-evident. Some witnesses advised that Canada needs to pursue more applied research on innovative and appropriate ways of delivering care. They felt that such research would inform policy makers and service providers. It was recommended that efforts be made to synthesize, coordinate and distribute the results of such research and translate it into directives at the national level.

Although witnesses called for alternative solutions to current health care arrangements, few offered cost-related data on such measures. It is therefore necessary that evaluation procedures be built into any pilot projects in this area.

Many witnesses suggested the need to evaluate the contribution of new technologies to the quality and cost-effectiveness of care. The Committee sees the recently established Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment as an important step in this area.

A discussion of the issues in the research area and recommendations appear in Chapter 7.

THE IMPACT OF THE AGING POPULATION

A. DEMOGRAPHIC TRENDS

The impact of the aging Canadian population on the health care system is currently a matter of great concern. The proportion of the population 65 years and older is expected to double within the next 50 years, while the proportion of those 85 years and over will probably grow twice as fast. The report of the Demographic Review by Health and Welfare Canada shows that, by 1986, Canada's age structure was changing from one in which there were large numbers of young people and comparatively few older people, to one where, by 2031, it is predicted that middle-aged and older people will predominate. The latter older age structure is typical for modern low-fertility societies and is already in place in many European countries. Sweden, for example, now has an age graph resembling that projected for Canada in 2031.⁴¹

International comparisons suggest that older populations are not in themselves a problem. Sweden and West Germany, both dynamic and resourceful societies, are among the countries with the oldest populations. Most developing countries have higher fertility rates, higher population growth rate and therefore much younger populations than Canada. It is predicted that all countries, over the next century, will move toward similar age structures that are somewhat older than those of today's oldest societies.⁴²

Experience elsewhere suggests that planning and thoughtful utilization of resources, including health resources, will be required to ensure Canada's continued prosperity while it accommodates an older population.

B. THE AGING POPULATION AND THE COST OF HEALTH CARE

The increased proportion of seniors in the population, combined with their tendency to use more health care than younger people, raises the fear that utilization rates and costs will sky-rocket. There are divergent views on the impact of the aging population on

⁴¹ Health and Welfare Canada, *Charting Canada's Future: A Report of the Demographic Review*, 1989, p. 19.

⁴² *Ibid.*, p. 21.

health-care costs. There are those who believe that increased costs associated with the aging population will bring about either collapse or major change in present arrangements of funding medical and hospital care in Canada. Others predict that, while the rise in the proportion of the elderly population will produce substantially higher health-care costs, both per capita and as a percentage of the gross national product, the largest part of the increase is some decades off, and when it comes, it will not be of 'crisis' magnitude. Some studies even suggest that health-care costs may be reduced by advances in technology and organization, given proper planning and appropriate changes in health policy.⁴³

In a paper entitled "Can We Afford An Aging Society", the Chief Statistician of Canada, Ivan P. Fellegi, states that affordability will depend on the performance of the economy and on unforeseeable changes.⁴⁴ This paper, focusing on the three most costly social programs, health, education and pensions, says:

. . . trends would seem to indicate that the growth rate of government expenditures which is attributable to an aging society will be comparable to the economic growth rates observed during the last 30 years. Therefore, should long term economic growth continue as it has in the past and unit costs evolve as assumed, then public expenditures in health, education and pensions would represent 50 years from now about the same claim on the economy as at present — in spite of the aging of the population.⁴⁵

Mr. Fellegi points out, however, that coping effectively and humanely with the aging of Canadian society will require "a series of social adjustments whose cumulative impact might be quite fundamental".⁴⁶

Some observers of health care take the view that the health care system is underfunded and to support their claim point to increases in the length of waiting lists for high-tech procedures such as cardiac surgery, lithotripsy, and renal dialysis, and patients in ambulances re-routed from one hospital to another due to overburdened emergency services and unavailability of hospital beds. The elderly, sometimes referred to as "bed blockers" are frequently viewed as major contributors to these and other problems in the provision of health care services and subsequent increases in health care costs.

⁴³ Denton, Frank T. and Byron Spencer, "Population Aging and Future Health Costs in Canada", *Canadian Public Policy*, Vol. 9, No. 2, June 1983, pp. 155-163.

⁴⁴ *Canadian Economic Observer*, Vol. 1, October 1988, pp. 4.1 - 4.34.

⁴⁵ *Ibid.*, pp. 4.1 - 4.2.

⁴⁶ *Ibid.*, p. 4.2.

C. THE AGING POPULATION AND THE USE OF HEALTH CARE SERVICES

Although seniors are major consumers of health care, a study by the Canadian Medical Association (CMA) confirms that most of them are not sick and can continue to live independently in the community with such help from support services as is needed from time to time.⁴⁷

Many witnesses told the Committee that, unfortunately, these services are often fragmented, uncoordinated or simply unavailable. An emphasis on the medical model of care and a distribution of resources in which there are few incentives to take non-institutional approaches to care are seen to be at the root of these problems. Dr. Dorothy Ley, Chairperson of the CMA Committee that produced the above study on health care for the elderly, advised the Committee that we should be spending more money on the 65 to 75 year olds to enhance their independence and quality of life, thereby reducing the need for the long periods of intensive care which are at present required by many people at the end of life.⁴⁸

Witnesses reported that 80% of community care to the elderly is informal care (Dr. Ley, Dr. Peter Glynn, CMA). The need for respite care and support for informal caregivers was expressed. Traditionally, informal care has been provided primarily by women but that pool of caregivers is gradually decreasing as women enter the work force. Witnesses suggested that, in planning community care services for the future, the fact that women in the work force have expectations of community services different from those of women who work in the home must also be taken into account.

RECOMMENDATION

- 8. That the federal government place on the agenda for the next Federal-Provincial Health Ministers' Conference the development of services to provide support and respite for volunteer caregivers of elderly and disabled Canadians.**

According to a Statistics Canada study, the rate of severity of disability increases dramatically with age. The percentage of seniors with severe disabilities increases from 20% at age 65-74 to 49% at age 85 or older.⁴⁹

⁴⁷ *Health Care for the Elderly: Today's Challenges, Tomorrow's Options*, Report of the CMA Committee on the Health Care of the Elderly, 1987, pp. 4-5.

⁴⁸ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 16.

⁴⁹ Dunn, Dr. Peter A., *Barriers Confronting Seniors With Disabilities In Canada*, Special Topic Series from the Health and Activity Limitation Survey, 1990, p. 10.

The Statistics Canada study shows that approximately 84% of seniors with disabilities live in households and the remaining 16% live in institutions. The 1987 CMA study showed that, in 1981, seniors were 10% of the population of Canada and it was estimated that they accounted for 40% of total health expenditure.⁵⁰ At present, seniors make up roughly 11% of the Canadian population yet, according to the best estimates available at this time, account for about 40% of total health expenditure. The three main reasons identified in the Statistics Canada study why many of these elderly disabled Canadians cannot enjoy normal daily activities are: lack of support services, poverty and the fact that communities are designed for the able-bodied. Cost was found to be the main reason why disabled seniors living at home do not have mobility aids and housing adaptations such as handrails and ramps.⁵¹

RECOMMENDATION

- 9. That the federal government, as part of the development of a national health policy, establish objectives for improving the access of seniors and the disabled to a broad range of services which affect their health.**

While those between 65 and 84 years use hospitals about three times as much as those between 25 and 64 years, those over 85 (frequently referred to as the "frail elderly") use hospitals about five times as much. A small group of seniors (less than 5%) actually use most of the hospital days.⁵²

Increasing use of institutional and medical health services by the elderly should clearly be a serious concern in the development of health care policy. Research indicates that, in the past, changes in how patients are treated have been much more significant than changes in the number of patients, and their ages, who were available for treatment. Some witnesses suggested that we consider the broader question of how much the increased use of hospital and physician services by the elderly is really a reflection of the unavailability or lack of accessibility to more appropriate levels of care (e.g. community and homecare alternatives to institutional care, direct access to non-medical health practitioners) rather than increasing illness or need.

⁵⁰ CMA, 1987, pp. 4-5. The study found that, in 1981-1982, seniors used 48% of the patient-days in general and allied special hospitals and 72% of those in long-term facilities. Seniors were also estimated to account for one third of the days in psychiatric hospitals and 20% of physician's services for a combined estimated figure of 40% (\$10 billion) of total health care expenditure.

⁵¹ Dunn, Dr. Peter A., *op. cit.*, pp. 1-2.

⁵² Mustard, J. Fraser, "Aging and Health: Research, Policy, and Resource Allocation", *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*, Steven J. Lewis, Lewis Publishers, Michigan, 1989, p. 189.

A study on the use of medical services by the elderly in British Columbia found that:

The importance of the underlying explanations to health care policy cannot be overemphasized. Increased age-specific per-capita use reflecting underlying increases in rates of illness warrants quite different policy initiatives from those most appropriate for addressing system-driven increases.⁵³

Witnesses warned against viewing aging as a disease and emphasized the difficulties associated with the current tendency to confuse geriatric problems (diseases of the aged) with gerontological problems (normal aging). Evidence suggests that, as we age, there is a progressive decline in body functions, the rate of which can be influenced by disease but which is not due to disease. We can anticipate that care and support will be required as individuals gradually experience a decline in function due to aging and suffer from a variety of chronic illnesses. Some research and witnesses to the Committee emphasized the urgency of defining health policy issues related to aging more broadly than the health care system as we know it. Dr. Fraser Mustard says, for example:

Individuals who have adequate income and control over their own housing and transportation, as long as they are of sound mind and body, have a better quality of life and live longer than individuals who have fewer economic resources and control over their lives. A society's policies on pensions, housing and other forms of economic support are all significant for the quality of life, health status and function of older individuals.⁵⁴

The National Advisory Council on Aging (NACA) also expressed this broader view of health care for seniors saying:

To provide adequate health care, it is necessary to assure access to a broad spectrum of services that go far beyond the medical model of health and far beyond the walls of health care institutions to meet the physical, mental and social health needs of older Canadians.⁵⁵

Some witnesses to the Committee expressed the view that current methods of financing health care do not recognize the multi-dimensional nature of health and put too much emphasis on acute, institutional and curative services. The Victorian Order of Nurses, for example, believes that "current methods of government financing discourage less costly alternatives to institutionalized care for frail, elderly and chronically ill persons".⁵⁶ Witnesses also informed the Committee of the need for seniors to have easier and more efficient access to a wide range of services, including health care, through a single point of access, e.g. the Seniors' Wellness Centres which are part of the Victoria Health Project.

⁵³ Morris L. Barer, Indra R. Pulcins, Robert G. Evans, Clyde Hertzman, Jonathan Lomas and Geoffrey M. Anderson, "Trends in use of medical services by the elderly in British Columbia", *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 141, 1989, p. 45.

⁵⁴ Mustard, J. Fraser, *op. cit.*, p. 189.

⁵⁵ Brief, p. 11.

⁵⁶ Brief, p. 1.

There is no one system of care for the elderly in Canada. Each province has a range of services contingent upon availability of financial and human resources, on the development and direction of health care and social services and on the philosophy of care in a particular province. Services are delivered by physicians, allied health care personnel, various social agencies, volunteers, friends and family members. Funds for services to the elderly are provided by federal, provincial and local governments and voluntary organizations. The report of the CMA's Committee on the Health Care of the Elderly, witnesses and recent studies by the Canadian Nurses Association (CNA) and National Advisory Council on Aging identified the following deficiencies in health care for the elderly:

- Too much emphasis on the medical model of care, making it difficult for the elderly to access other professional and vital services such as home care.
- Fragmentation of care due to the arbitrary division of responsibility for care between ministries, agencies and departments at all levels of government as a major hindrance to continuity of care.
- Insufficient teaching of gerontology and geriatric medicine at all levels of education in the health and social care fields, resulting in too few qualified and interested personnel.
- Need for an expansion of community services for the elderly available before and after sickness has occurred to prevent premature and inappropriate institutionalization.
- Inappropriate and inflexible financing of professional, institutional and community care which often does not keep up with changing needs.
- An inappropriate attitude of "benevolent paternalism" toward seniors on the part of the public and professionals which encourages premature institutionalization and discourages them from exercising their option to remain in the community, particularly when it involves personal risk.
- Confusion and lack of compatibility in the terminology used in different jurisdictions for types and levels of institutional and home care making it difficult to compare delivery, cost and quality of care from one province to another.⁵⁷

⁵⁷ CNA, *Health Care Reform For Seniors*, Ottawa, November 1989, and NACA, *Aging and NACA: The NACA Position On Community Services In Health Care For Seniors*, January 1990.

RECOMMENDATIONS

10. That resources be directed toward informing and empowering seniors as consumers of health care services in order that they can share, with their families, health care professionals, and informal caregivers, the responsibility to make healthy choices about their own health.
11. That the federal government, in cooperation with the provinces and territories, establish a common terminology across all health jurisdictions in Canada to facilitate comparisons in the quality and cost of institutional, community and home care.
12. That the federal government fund research, education and development of special expertise in geriatrics and gerontology for health and social care professionals.
13. That the federal government, as part of a national health policy, plan for the future health care of seniors, taking into account current and future lifestyles, the role of the family, the availability of social services, the financial resources of seniors, and the needs of physically and mentally challenged seniors.

A problem of excessive utilization of medication by the elderly has been identified. As stated in a recent report of the proceedings of an invitational workshop on this issue, the problem is best defined as the inappropriate provision or use of medications, or the use of medication where some other approach would work better.⁵⁸

The National Advisory Council on Aging reported that approximately 40% of emergency room visits and 10 to 20% of all hospital admissions of seniors are directly or indirectly related to the improper use of medication.⁵⁹ Seniors have three times the incidence of adverse reaction to drugs that young people have. The recent Report of the Pharmaceutical Inquiry of Ontario says that 80% of adverse drug reactions are avoidable.⁶⁰

There are a number of major causes of adverse drug reactions in the elderly. The 1987 study by the CMA found that the presence of multiple conditions requiring multiple drugs increases the possibility of adverse reactions among the elderly. Confusion about dosage, timing and sequence of medications and, as is the case with members of our

⁵⁸ Province of British Columbia Ministry of Health, *Medication Use And Elderly People*, Vancouver, 1989, p. 7.

⁵⁹ Brief, p. 18.

⁶⁰ *Prescriptions for Health*, Frederick H. Lowy, Chairman, Toronto, 1990, pp. x-xi.

society in general, self-medication with over-the-counter drugs are common in adverse drug reactions.⁶¹ The 1990 Ontario study also found that some physicians' lack of training in geriatric prescribing, dual prescribing systems in hospitals and in post-discharge care, increased drug sensitivity among seniors and improper storage also contribute to adverse reactions.⁶²

The British Columbia workshop identified the need to help seniors understand and use medications correctly and appropriately. They spoke of the urgency of encouraging and assisting physicians, pharmacists and nurses to provide and monitor medications wisely.⁶³ The Ontario study and a number of witnesses recommended the development of a "smart card" to facilitate drug utilization, monitoring and review.

The evidence suggests that control of this problem would also represent reductions in health care costs through reduced costs for provincial drug programs and avoiding procedures, hospitalization and even institutionalization related to the misuse of medication. The National Advisory Council on Aging says that most of the increased cost of provincial drug programs for seniors (approximately 90% in some provinces over the past 5 to 10 years) has been due to the rising cost of drugs (an increase nearly 54% over 5 years).⁶⁴

The Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada informed the Committee that the November 1989 report of the Patented Medicine Prices Review Board says that manufacturers' prices of patented medicines rose on average by less than the Board's Guidelines, which are based on the Consumer Price Index.⁶⁵ They pointed out that medicines are the smallest and most cost-effective component of health care costs. Nevertheless, The Pharmaceutical Inquiry in Ontario found that the Ontario Drug Benefit has been the fastest growing health care program in that province, experiencing an average annual increase of 20.4% between 1978 and 1988. While Ontario residents aged 65 and over receive free drugs from the provincial plan, the Inquiry says that some groups, mainly the working poor and people with extraordinary drug costs due to severe chronic disease or disability, do not have adequate access to needed drugs.⁶⁶

⁶¹ *Health Care for the Elderly: Today's Challenges, Tomorrow's Options*, Report of the CMA Committee on the Health Care of the Elderly, 1987, p. 32.

⁶² *Prescriptions for Health*, *op. cit.*, p. x.

⁶³ Province of British Columbia Ministry of Health, *op. cit.*, p. 7.

⁶⁴ Brief, p. 18.

⁶⁵ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 53, p. 108.

⁶⁶ *Prescriptions for Health*, *op. cit.*, p. ii.

The possibility that new interventions that extend life may actually increase the “frailty” of the average person in their period of advanced age has been explored in some research but the evidence at this time is inconclusive. A study on the delivery of health care to the aging by the Institute for Health Facilities of the Future recommends that we refine policy objectives as consisting not only of lowering mortality, but of improving the ability to function. Such policy, according to this study, would increase public awareness of the price that must sometimes be paid in disability to reduce the mortality rate and vice versa; more specifically:

. . . it would reinforce efforts to see that certain technological innovations, in both diagnosis and therapy, do not give rise to more harmful consequences than real advantages, particularly when the expected advantage itself is not obtained.⁶⁷

According to Dr. D.W. Molloy of the Geriatric Research Group at McMaster University, the elderly often receive “inappropriately aggressive interventions” by the health care system mainly because there is no established mechanism whereby patients and families can express their wishes as to how an acute illness should be handled prior to occurrence of the illness. Dr. Molloy, who runs a memory clinic, said that he is particularly concerned about what is going to happen to his patients when they become too demented to make decisions on their own. He reported that recent studies suggest that up to 47% of those over 85 are demented. Dr. Molloy is currently involved in a project to develop a new Health Care Directive designed to allow the elderly, chronically ill, and disabled, and their relatives, to specify the level of care they wish to receive in the event of an acute illness. Based on his experience to date, Dr. Molloy believes that Health Care Directives could improve people’s quality of life and improve their autonomy and that they would also dramatically reduce health care utilization among the elderly (he estimates by at least 5% of the total health care budget).⁶⁸

RECOMMENDATION

- 14. That the federal government undertake initiatives to determine the feasibility of legislation allowing elderly individuals to specify the level of care they wish to receive in the event of an illness which renders them incapable of making decisions at that time.**

⁶⁷ Aging: *Future Health Care Delivery*, Ottawa, 1988, p. III-3.

⁶⁸ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 53.

D. SENIORS, HEALTH CARE COSTS AND FUTURE NEEDS

This is the first generation in Canada in which people can expect to live to old age and in which average life expectancy equals or exceeds the age of mandatory retirement. By 2021, it is expected that 18% of the population will be elderly. Many have predicted that future cohorts of seniors will be different from the seniors of today, in ways which may significantly affect their health care needs. Some observers argue that future cohorts will expect retirement and will be better prepared for it, mentally and financially. Others are of the view that recent trends in public pensions mean that people will be less financially secure in their retirement. More seniors will live alone rather than with a spouse, because of the higher number of divorced and single people now in the younger age groups and this may have the effect of increasing the number of seniors requiring support services. Third, the informal care now provided mostly by women will decrease as more women work outside the home. Also, the expectations of community support services are likely to increase among women who have been in the workplace.⁶⁹ It will be important in planning services to anticipate these and other differences that may distinguish tomorrow's seniors from today's.

On the one hand, there is the view that part of the gains in overall life expectancy have been obtained at the expense of increased disability and increased health care costs.⁷⁰

Others say that maximum lifespan (as distinct from life expectancy) is relatively fixed (natural death) and that, the onset of chronic illness characterized by disability and dependence can be compressed in a relatively short period near the end of life (compressed morbidity) suggesting tomorrow's seniors will be less likely to need health services than today's.⁷¹

Such theories are still speculative and further research is required to provide a stable body of knowledge on which to base future health policy. It seems clear that the implementation of illness prevention and health promotion measures which postpone the period of disability at the end of life and thereby prolong independence can be productive in the long-term. In the short-term, we must address the immediate problem of how to provide appropriate levels of care for the rapidly increasing number of seniors.

⁶⁹ CMA, 1987, p. 7.

⁷⁰ Wilkins, R. and O. Adams, *Healthfulness of Life*, Institute for Research on Public Policy, Montreal, 1983.

⁷¹ Fries, J.F., "Aging, Natural Death and The Compression of Morbidity", *New England Journal of Medicine*, Vol. 303, 1980.

ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE

The accessibility principle, as defined in the *Canada Health Act*, requires reasonable access by Canadians to insured health services unimpeded by charges or other factors. Pursuit of the objective of equal access to medically necessary hospital and physician services has been a dominant feature of Canadian health policy since the Second World War. Under the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* of 1957 and the *Medical Care Act* of 1966, federal funds were made available for provincial health insurance programs if certain criteria were met, i.e., comprehensive coverage, universality, portability, non-profit administration. These principles were reaffirmed in the *Canada Health Act* of 1984. This means that all citizens of Canada should have access to health care services on the basis of need rather than ability to pay. Nevertheless, in the opinion of some witnesses to the Committee, problems of accessibility continue to exist.

The Committee heard reports of cases where patients had difficulties accessing acute care facilities, particularly for certain high technology procedures such as cardiac surgery. Witnesses representing the elderly and the physically and mentally disabled reported problems in accessing the community, homecare, social and support services which they require. The Committee was also informed of the unmet health needs of women, children and the poor. Despite the fact that Canadians have access to most hospital and medical services without direct financial burden, there are still differences in the relative use of health services by rich and poor Canadians, as well as differences in health status and life expectancy. Similar differences exist between aboriginal people, immigrants and cultural minorities and the general population. In these cases, witnesses urged that considerations of access should go beyond the question of who pays at the time of the service to include cultural barriers to care. Finally, those less-populated geographical areas farthest removed from urban centres have their own particular problems of accessibility.

A. ACUTE CARE FACILITIES

Universal health care, as currently provided for under the *Canada Health Act*, has succeeded in bringing about a high degree of equality in access to and utilization of hospital and medical services. Recent media reports, however, suggest there are

treatment delays, waiting lists, bed closures and shortages of nurses and technicians that imply there are still some problems with access to care, particularly acute care and high technology procedures. Accompanying reports suggest that such problems result in some people going to the United States for treatment.⁷²

Opinion varies on the extent to which these reports accurately reflect the current situation.

An accurate assessment of the total number of Canadian health insurance dollars paid out for Canadians receiving treatment in the United States and the type of treatment (e.g. emergency or elective, type of procedure or diagnosis) is not possible at this time. This seems largely due to the difficulties and costs associated with manipulating the data necessary for such calculations. Available information suggests that these expenditures are considerable in some areas close to the U.S.-Canada border (e.g. Southern Ontario, British Columbia) and apparently quite insignificant for others (e.g. the Territories). Some health care providers believe that problems of accessibility to acute care are the result of underfunding in the face of consumer-driven demand. That demand tends to increase as the public's expectations of what the health care system can or should provide rises. Others, including health policy analysts and some consumer groups, are of the view that problems of accessibility are related more to health funding arrangements and the management of health care resources. They see a maldistribution of health care resources in which ineffective, inefficient and often unevaluated use of resources is the norm. The Canadian Hospital Association (CHA) sees a combination of the above factors at the root of the problem. In explaining why the expected rate of increase in health expenditure has not come about, the CHA says:

The first challenge is the federal government's progressive cuts to the Established Programmes Financing (EPF) transfers since 1986. Cutbacks in the EPF transfers restrict flexibility in service delivery at the provincial level.⁷³

The CHA goes on to say:

The second challenge is the health system's generalized inability to measure and critically assess both costs and quality of care.⁷⁴

With respect to the second challenge relative to the management of the health care system, Dr. David Naylor suggested to the Committee that:

⁷² "Waiting Lists 'Price of Universal Health Care'", *Calgary Herald*, March 7, 1990; "Emergency Rooms Still Strained Beyond Limits, Doctors Complain", *Montreal Gazette*, December 7, 1988; "Ontario Cancer Care Waiting List More Than Double in Year", *Globe and Mail*, October 1, 1990; "Limited Funds Stymie Elective Surgery", *Halifax Chronicle Herald*, January 30, 1989; "Heart Patients May Be Sent to U.S.", *Ottawa Citizen*, January 14, 1990; "Addicts Seek U.S. Treatment to Avoid Ontario Delays", *Globe and Mail*, May 7, 1990.

⁷³ Brief, p. 4.

⁷⁴ *Ibid.*

On the innovative side—and I am not talking here about medical innovation, but management innovation and delivery innovation—we fail abysmally. We have had open-ended private practice, fee-for-service framework, hospitals on global budgets with no clear accountability and central co-ordination, and the whole system of state-dependent contractors without central management for 20 years, and we have done virtually nothing about it.⁷⁵

He also said:

In the last five years we have seen the emergence of painfully visible and obvious non-price rationing, with waiting lists, (. . .) comparisons showing the lack of availability of certain advanced technologies relative to our American neighbour, (. . .).⁷⁶

Dr. Naylor suggested that there is this type of non-price rationing in every system but that it was previously (prior to 1984) less visible in Canada. He sees, as an alternative, better management and control of the supply of health care: e.g. managed waiting lists, better informed consent for medical and surgical procedures and quality assurance mechanisms to make sure that the costs and benefits of a procedure outweigh the risks.

Witnesses also identified over-use, lack of a complementary range of services, hospital staffing problems and policy decisions (i.e. to expand or reduce the number of insured services covered under a health insurance plan) as some other factors associated with problems of access.

The claim is made that there is an over-use of acute care facilities because more appropriate community-based alternatives are not available. Kenneth Fyke, of the Greater Victoria Hospital Society, told the Committee, for example, that:

Many people, of all ages but particularly the elderly, experience complications and deterioration in their health when they are admitted to hospital. The isolation, inactivity and lack of privacy cause stress and often result in confusion. The unfortunate consequences of hospitalization could be reduced if the location of care was appropriate.⁷⁷

Research indicates that the elderly have higher utilization rates of both hospital and medical services than the general population. For example, studies in British Columbia, Manitoba, Saskatchewan and Alberta report similar trends in this utilization.⁷⁸

⁷⁵ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 43, p. 23.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 15.

⁷⁷ Brief, pp. 5-6.

⁷⁸ Evans, Robert E., "Reading the Menu with Better Glasses: Aging and Health Policy Research", Lewis, 1989, p. 189; Barer, Morris L. et al, "Trends in Use of Medical Services by the Elderly in British Columbia", *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 141: 39-45; Roch, D.J., et al, *Manitoba and Medicare, 1971 to the Present*, Manitoba Department of Health, Winnipeg, 1985, pp. 56-70; *Review Committee to the Minister of Health, Study into the Growth of Health Services*, Saskatchewan Department of Health, Regina, 1989; Research by Professor Richard Plain, University of Alberta, 1990.

In British Columbia, there has been a decline in hospital utilization rates, since 1969, among children over 28 days and for adults up to the age of 50 years. In comparison, hospital utilization rates for children under 28 days ⁷⁹ and for people over 75 years have increased. Studying the impact of shifts in use patterns, this research finds that the unadjusted rate of hospital days per capita rose by just over 5% but, within this total, acute care use dropped by about one third and the rate of long-stay patients (those whose hospital stays were 60 days or longer) nearly tripled.⁸⁰

Similarly, this research indicates that rates of use of medical services among the elderly also increased between 1975 and 1986 in British Columbia. Dr. Evans points out in this regard that the growth of physician supply in Canada outstrips population growth by 1.5% to 2% per year.⁸¹ The area with the fastest growth in use by the elderly is specialist care, particularly diagnostic services. The average number of specialists seen by people aged 75 years or more doubled over the study period.

An analysis of the Manitoba experience yields findings similar to those in British Columbia with respect to increased use of physicians among the oldest age groups. The Manitoba study concludes that there has been an overall expansion in servicing for all age groups in the period since 1971. The physician to population ratio in Manitoba has risen rapidly over the same period, while average physician workloads and incomes, according to this study, have remained stable. Health policy analysts say that the reasons for this pattern of use of medical services is still unclear.

RECOMMENDATION

- 15. That the federal government address the issues around the use of acute care services by funding research into the development of a system of coordinated and integrated health services which would provide a continuity of care between acute care hospitals, and extended, community and home care, thereby facilitating access to appropriate levels of care.**

⁷⁹ The increase in utilization rates for children under 28 days reflects the decline in infant mortality rates over the same period, particularly among low birthweight babies.

⁸⁰ Evans, R., *op. cit.*, 1989.

⁸¹ *Ibid.*, p. 152.

B. COMMUNITY CARE, HOME CARE, SOCIAL SUPPORT AND PREVENTIVE SERVICES

Witnesses often spoke of access in terms broader than those required by the *Canada Health Act*. A variety of witnesses favoured a more comprehensive definition of health and a wider range of insured services in the health care system. The National Advisory Council on Aging's view of health care for seniors is one example:

To provide adequate health care, it is necessary to assure access to a broad spectrum of services that go far beyond the medical model of health and far beyond the walls of health care institutions to meet the physical, mental and social health needs of older Canadians.⁸²

A Health and Welfare Canada study of mental disorders among the elderly similarly concludes that:

It is recognized increasingly that the social and public health problems of aging and old age cannot be resolved through a traditional single-track, sectorial approach. An integrated approach combining social, behavioural and medical knowledge and skills has a better chance of ensuring that the needs of the aged population are met.⁸³

Ray Jackson of the Science Council of Canada observes that the "health establishment" is adapting to a number of changes that have taken place over the past few decades, including the demographic shift to an older population and the shift from infectious diseases to chronic and degenerative diseases. He says, in this regard:

It is generally realized that after-the-fact treatment of chronic and degenerative diseases does not have a high success rate. Since the origin of diseases lie mainly in social, environmental, nutritional, genetic and lifestyle factors, prevention will be the only really effective approach to the improvement of health and the reduction of health care costs.⁸⁴

Current funding arrangements provide health insurance to cover the cost of care within a "medical model", where health is defined as the absence of illness. Many witnesses (including Dr. Mustard and Professor Contandriopoulos) suggested that funding arrangements based solely on this model of care do not provide the breadth of services required. They pointed out, for example, that little help is available to those who are seeking to take preventive steps or to use available technology and expertise in order to maximize independent living. The National Advisory Council on Aging also expressed this view with respect to seniors. The Science Council paper points out that as the health establishment adapt to its changing environment:

⁸² Brief, p. 11.

⁸³ Guidelines for *Comprehensive Services to Elderly Persons with Psychiatric Disorders*, Mental Health Division, Health Services and Promotion Branch, 1988, p. 32.

⁸⁴ *Issues in Preventive Health Care*, Report of the Science Council of Canada, 1985, p. 3.

There are inevitable struggles over who belongs (what practitioners are legitimate from the point of view of public safety and eligible for reimbursement from insurance schemes) and who controls.⁸⁵

The provinces have some latitude in determining which non-medical services should be provided to the insured population as part of the provincial health care system and, in fact, the range of such services covered under provincial plans varies considerably. In the view of some witnesses, the *Canada Health Act* does not go far enough in requiring the provinces to provide certain non-medical health personnel and services. These witnesses would like to see a broader range of services, including those of physiotherapists, chiropractors, psychologists, occupational therapists and nutritionists, integrated into health care insurance system. In addition, there are those who recommend that these non-medical health professionals be established, in addition to physicians, as points of access to the insured health care system. Groups representing hospitals and physicians, however, suggest a review and evaluation of the quality of care, liability and cost implications before opening the system to non-medical health personnel.

RECOMMENDATION

- 16. That the federal government, in cooperation with the provincial and territorial governments, evaluate the use of a wider range of health care professionals within the insured health care system.**

C. GEOGRAPHICAL DISTRIBUTION OF HEALTH CARE SERVICES

Uneven development and distribution of health care services create some problems of access in high density urban areas, as well as in some rural and less densely populated areas. Rural and remote areas and areas of low economic growth have more difficulty attracting and retaining health care professionals, particularly those in highly specialized disciplines. The Canadian Hospital Association acknowledges, however, that the major nursing shortages in Ontario are in urban centres, particularly downtown Toronto.

A need for well-coordinated primary, chronic care and geriatric services seems prevalent everywhere. Witnesses reported a lack of services in regions with low population densities and a shortage of adequate support services in local communities in every region (Consumers' Association of Canada, Canadian Dietetic Association, Victorian Order of Nurses, Canadian Pharmaceutical Association, National Advisory Council on Aging). In some regions, services are available only in hospitals. The

⁸⁵ *Ibid.*

Consumers' Association of Canada suggests that support should be given to rural hospitals so that they can provide diversified services such as mobile services and day centres that meet the needs of the community. Some witnesses, including the Canadian Pharmaceutical Association, feel that a study of the health care needs of rural populations is required.

The Canadian Hospital Association pointed out, with respect to Northern Canada, that we do not really have a definition of what access means within the system:

. . . whether it means I have it on the spot, within 10 minutes of my house, or there is provision for me to receive the service regardless of whether that means travelling or not . . . the question is what is reasonable to have on the spot within the northern communities as opposed to what is reasonable to have within reasonable air ambulance time and the cost of trade-offs in doing that.⁸⁶

RECOMMENDATIONS

- 17. That the federal government facilitate through research the development and refinement of health care services to better meet the needs of rural and northern Canadians.**
- 18. That the federal government, through federal-provincial funding arrangements, support innovative recruitment and retention programs in areas of the country where shortages of health personnel have been identified.**

D. GROUPS WITH SPECIAL NEEDS

The Committee was advised by a variety of witnesses that the poor, women, children and youth, the elderly and disabled, aboriginal people, immigrants and cultural minorities all have special needs that may affect access to appropriate health care services. Witnesses and research tend to suggest that problems of access to health care services are reflected in the fact that these groups have a lower health status than the Canadian population as a whole.

⁸⁶ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 38, p. 17.

1. The Poor

Research indicates a link between poverty and ill health. The national health insurance program greatly reduced the disparities in health status between rich and poor in Canada but such disparities continue to exist, despite continuing efforts to remove barriers to access. Research shows that low income groups continue to have higher rates of mortality, morbidity and disability than the general population.⁸⁷

Life expectancy of a poor person at birth in Canada in 1986 was 3.7 years less than that of a wealthy person and such evidence is said to demonstrate the link between poor health and poor socio-economic conditions. This link is particularly strong among children. According to the Canadian Institute of Child Health, the mortality rate, in 1986, for children under 20 years of age, in the lowest income quintile was 56% higher than for those in the highest income quintile. The infant mortality rate (deaths in the first year of life) in the poorest group was twice as high as in the highest income group.⁸⁸

The impact of poverty on health is particularly evident among aboriginal people. Federal government research indicates that aboriginal people are much more likely than other Canadians to rely on social assistance and live in crowded housing conditions without central heating, conditions frequently associated with poor health.⁸⁹

2. Children And Youth

Infant mortality rates in Canada declined by about 78% between 1953 and 1986. Reasons for this decline, according to some research, include, better health care before and after birth and improved nutrition.⁹⁰ Nevertheless, recent studies show disparities in child health related to income, geography and cultural factors.⁹¹

⁸⁷ Health and Welfare Canada, *The Active Health Report*, 1987, pp.35-38; Health and Welfare Canada, *The Health of Canadians: Report of the Canadian Health Survey, 1978-79*, Ottawa, 1981; Wilkins, R. and Orville B. Adams, *Healthfulness of Life: A Unified View of Mortality, Institutionalization and Non-Institutionalized Disability in Canada, 1978*, Institute for Research on Public Policy, Montreal, 1983; Wilkins, R., Owen Adams and Anna Brancker, *Changes in Mortality by Income in Urban Canada from 1971 to 1986: Diminishing Absolute Differences, Persistence of Relative Inequality*, Health Policy Division, Health and Welfare Canada and the Health Division, Statistics Canada, Ottawa, June 1989.

⁸⁸ Brief, p. 2.

⁸⁹ Hagey, N. Janet, Gilles Larocque and Catherine McBride, *Highlights of Aboriginal Conditions, 1981-2001*, Part II, Social Conditions, Quantitative Analysis & Socio-demographic Research Working Paper Series 89-2, Finance and Professional Services, Indian Affairs Canada, December 1989, pp. 13-14.

⁹⁰ Statistics Canada, *Canada Year Book 1990*, Ottawa, 1989, p. 3-2.

⁹¹ The Canadian Institute on Child Health, *The Health of Canada's Children: A CICH Profile*, Ottawa, 1989; Ontario Child Health Study: *Summary of Initial Findings*, Queen's Printer of Ontario, 1989.

While the rate of infant mortality was cut nearly in half within each income group (quintile), between 1971 and 1986, the rate among the lowest income group in 1986 was still almost double the rate for the highest income group.⁹² Research similarly finds that the risk of death from infectious diseases, accidents and low birthweight, as well as of developmental disabilities, is higher among low-income children than among Canadian children in general.

Low birthweight is said to be the single most important cause of infant mortality. Studies find that mothers in the lowest income quintile have the highest incidence of low birthweight babies. The Ontario Medical Association reports that a number of factors associated with risk to health, including smoking, age and nutritional status, are also associated with the social class of mothers.⁹³

The survival of low birthweight premature babies has been dramatically improved in recent years and, while this is a success story on the one hand, it creates stresses on the health care system on the other. Dr. Robin Walker, Chief of Neonatology at Queen's University and Vice-President of the Canadian Council on Children and Youth, told the House of Commons Standing Committee on National Health and Welfare in May 1988, during the early stages of the present study, that these babies are usually born 16 or 17 weeks early. They have to stay in intensive care through that time and often weeks or months longer than this, because of problems with lungs and other body systems. Dr. Walker said the cost of caring for each of these surviving babies is about \$100,00 and so, he said, we are talking about a "very large amount of money" for nursing care alone.⁹⁴ In addition, experts predict that as many as 20% of premature low birthweight babies suffer varying degrees of long-term illness and disability, the human and economic costs of which are difficult to measure.⁹⁵

Low birthweight not only has a high probability of lowering of an individual's quality of life but is also very costly to the health care system. On the optimistic side, it seems apparent that this is an area where investments in health promotion and prevention could be very productive, both for the individuals, in terms of better health and higher quality of life, and for Canadian society, of which they could be productive members.

⁹² Wilkins, Adams and Brancker, *op. cit.*, 1989.

⁹³ Ontario Medical Association, Submission to the Ontario Social Assistance Review Committee, 9 January 1987.

⁹⁴ *Minutes of Proceedings and Evidence*, House of Commons Standing Committee on National Health and Welfare, 2nd Session, 33rd Parliament, Issue No. 45, p. 5.

⁹⁵ Chance, Dr. Graham, *The John T. Law Lecture*, Fourth National Conference on Regionalized Perinatal Care and Prevention of Handicap, Ottawa, 11 November, 1988.

Witness groups (e.g. the Canadian Institute of Child Health, the Canadian Consumers' Association and the Canadian Dietetic Association) spoke of the importance of health promotion, particularly among young people, to produce behavioural changes, such as giving up tobacco products, alcohol and poor dietary habits, that will reduce risks to health.

The need to broaden the concept of health care to include social support services was also expressed in the context of children's health. For example, such services are regarded by many witnesses as essential in the fight against low birthweight in babies of low-income mothers.

The Committee was also reminded that the health status of Canada's aboriginal children is lower than that of Canadian children in general. In 1986, for example, infant mortality for status Indians was still twice that of the Canadian population (17 per 1,000 for Indians compared to 8 per 1,000 for Canada).⁹⁶ Similarly, the Native Council of Canada informed the Committee that rates of postnatal mortality, fetal alcohol syndrome, suicide (particularly among young people 15-24 years of age), and violent deaths are much higher among aboriginal people than in the Canadian population as a whole.⁹⁷

It seems self evident that the health of children should be a priority in health care policy and planning. Children represent the future of Canada and research and practice suggest that if people begin their lives in good health the risk of illness and disability in later life is greatly reduced. Healthier people would presumably have a positive impact on the cost of health care and make for a generally more productive society.

RECOMMENDATIONS

- 19. That the federal government take an interdepartmental approach to develop a strategy to reduce the threat posed by poverty to the health of children and youth.**
- 20. That a federal-provincial interdepartmental advisory committee be established to develop strategies to change behaviour, (e.g. avoiding use of tobacco products, alcohol, and poor eating habits) thereby reducing risk factors associated with poor health in children and youth (e.g. low birthweight and fetal alcohol syndrome).**
- 21. That the promotion and advertising of tobacco products be phased out as soon as reasonably possible.**

⁹⁶ Hagey et al., *op. cit.*, p. 5.

⁹⁷ Brief, pp. 1-2.

- 22. That advertising for alcoholic beverages reflect responsible use and positive societal values.**
- 23. That health warnings, directed toward pregnant women, be placed on alcoholic beverages.**

3. Women

The Canadian Advisory Council on the Status of Women advised the Committee that, because health services often do not take into account the fact that the health needs of men and women are different, there are instances where existing services do not meet the needs of women. This is particularly the case with those needs which derive from women's reproductive capacity and their experiences as women in society. The Council's concerns with regard to women's health care requirements include:

. . . access to reproductive health services, including abortion for all women in Canada; access to other health care services, including a broadened definition of such services and of professional categories covered by health insurance plans such as midwifery, especially taking into consideration the particular needs of women living in rural and remote areas; and the role of stress, which because of inadequate programs and services remains too often an unacknowledged, undiagnosed and untreated health hazard to Canadian women.⁹⁸

The Council believes that access to family planning services, in conjunction with sex education in the schools, is the most significant factor in reducing the need for abortion services. They identify regional disparities in access to family planning information and urge the federal government to take a leadership role, ensuring that such information is available to all women throughout Canada. Aboriginal women have particularly severe problems of access, often compounded by poverty and lack of sensitivity to their cultural concerns.

The Council suggests that improving access to appropriate health services for rural women would include either establishing services closer to home or studying the feasibility of transporting people to services in urban centres. Expenses incurred for transportation, lodging and child care must also be taken into account.

RECOMMENDATIONS

- 24. That the federal government take a leadership role and, consulting with the provinces and territories promote: (1) access to family planning information and (2) access to family life education in all regions of Canada.**

⁹⁸ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 22, p. 5.

25. That the federal government use its powers under the *Canada Health Act* to insist that all provinces and territories make access to therapeutic abortion available to all women.

4. Aboriginal People

While the health status of aboriginal people has improved considerably over the past 20 years, the status of health of both those living on and off reserves is still significantly below the Canadian average. Life expectancy at birth increased and infant mortality decreased for all Canadians, including aboriginal people, during this period but the gains in health status achieved by aboriginal people were still well behind those achieved by other Canadians. The life expectancy at birth of status Indians, for example, was 10 years less than that of the national population in 1981 and the projected figure for 2001 is below the 1981 figures for Canadians as a whole.⁹⁹ To some extent, these differences in health status are related to problems of accessibility to the health care system faced by aboriginal people.

Dr. Gillian Lynch of Health and Welfare Canada pointed out that the services required by aboriginal people are not, because of their history, culture and other unique characteristics, the same as those for Canadians as a whole.¹⁰⁰

Both Dr. Lynch and the Native Council advised the Committee of the role of traditional medicine and ancestral customs in health care for aboriginal people. In isolated communities, escorts and interpreters are provided so that patients can communicate with doctors and other health personnel. Many are of the view, however, that more participation by aboriginal people in the delivery of health services would greatly improve their access to quality care. In part, this would involve the creation of more career opportunities for aboriginal people in the health sector and the transfer of responsibility for health services in their communities to aboriginal people themselves. These areas have received attention over the past two decades and in some cases such control either already exists or planning towards it is ongoing.

The Indian and Inuit Health Careers Program of the Medical Services Branch of Health and Welfare Canada promotes participation of aboriginal people in health careers. While this program has had some success, it applies only to those living on reserves. Speaking generally of the supply of native health professionals, the Native Council of Canada said:

⁹⁹ Hagey et al., *op. cit.*, p. 6.

¹⁰⁰ Acting Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 12.

There is a tremendous need for native doctors, nurses, dentists and other health care professionals This must be changed by encouraging our youth and providing opportunities for them in the health professions. ¹⁰¹

The Native Council went on to say that many of their young people attend universities and colleges and qualify in the health professions but that they must be given opportunity, incentives and support to return to their own communities and work there in the health care field.

The need for comprehensive statistics on the numbers and distribution of aboriginal health care professionals as a basis for planning is evident. Knowledge about the current supply of aboriginal health care professionals is at best fragmented.

There is a high level of consensus that a move toward aboriginal control of their own health services would empower aboriginal people to deal with their own health problems and thereby contribute to their better health.

There is also an initiative at Medical Services Branch to transfer health programs to Indian communities that want this responsibility. Prior to entering formally into a transfer agreement with the Branch, bands and tribal councils may apply for funding to do the preparation necessary (setting up and training a health board, conducting a health needs assessment and preparing a community health plan) for their successful takeover of health responsibilities.¹⁰² Eight transfer arrangements have been signed, nine others are being negotiated and 69 pre-transfer planning projects have been approved.¹⁰³ This trend in transferring responsibility for health services from the federal government to aboriginal people is consistent with the more general trend to self-government for aboriginal people. Some see these as a very important development towards further improving the health of aboriginal Canadians.¹⁰⁴ For Indian communities choosing to maintain some or all existing services from the federal government, they are assured that there will be no loss in service level and quality, compared with communities choosing to operate their own health program.

Dr. Lynch further indicated that at present, despite the resources allocated to health services on reserves, such services are often fragmented and not uniformly available. Resources on reserves to meet health and other needs are further stretched by the

¹⁰¹ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 19, pp. 5-6.

¹⁰² *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 12, p. 7.

¹⁰³ Health and Welfare Canada, *Estimates 1991-1992*, Part III, p. 2-72.

¹⁰⁴ Pেকেles, Dr. Gary, (with the 1986/87 Indian and Inuit Health Committee of the Canadian Paediatric Society) "The Health of Indian and Inuit Children in Canada in the 1980's and 1990's", *Canadian Family Physician*, Vol. 34, July 1988, pp. 1567-1568.

requirements of Bill C-21 to end sexual discrimination in the *Indian Act*.¹⁰⁵ Lack of resources could create problems for ongoing efforts to transfer control of health programs to aboriginal people.

It is also recognized that the health problems faced by aboriginal people go beyond the parameters of traditional health care. According to Dr. Lynch, this is a multidisciplinary issue requiring input from various sectors, including social services, housing and environmental services.¹⁰⁶

The Native Council told the Committee that aboriginal people who live outside reserves also experience problems with access to health care services. The Council says, "We do not believe it is good enough for the provinces to say that native people have access to the same services as the rest of the provincial population".¹⁰⁷ Cultural and linguistic differences may be barriers to care for aboriginal people in the service system provided to the general public in the provinces and territories. Recent provincial studies of health care services in Quebec and Saskatchewan have recommended changes to ensure that their provincial health care services better meet the needs of aboriginal people in their jurisdiction. The Native Council is of the view that federal programs affecting the health of Natives should be expanded to include aboriginal people who live outside reserves.¹⁰⁸

5. Immigrants And Cultural Minorities

Some witnesses informed the Committee that linguistic and cultural differences may also create problems of access to appropriate health care services for immigrants and cultural minorities. Even if health care facilities are physically available, they cannot be effective for those members of the community who do not have appropriate oral and written language skills or who live in areas where the service is not sensitive to their particular cultural customs and heritage. The Victorian Order of Nurses, for example, pointed to the need to help immigrants avail themselves of services and for particular attention to be paid to culturally sensitive areas such as behavioural or dietary restrictions

¹⁰⁵ *Fifth Report of the Standing Committee on Aboriginal Affairs and Northern Development in consideration of the implementation of the Act to amend the Indian Act as passed by the House of Commons on June 12, 1985, August, 1988.* pp. 71-75.

¹⁰⁶ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 12, p. 9.

¹⁰⁷ Brief, p. 7.

¹⁰⁸ *Ibid.*

based on religious beliefs or simply long-standing food preferences.¹⁰⁹ Similarly, Dr. Morton Beiser, Chairman of the Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees in Canada, said in his brief that:

Even though, in theory, immigrants and ethnocultural minorities have the same access to health care as all Canadians, this does not guarantee that they use it or that they receive equally good treatment.¹¹⁰

The Task Force also observed that when practitioners are fluent in the language and culture of immigrants and cultural minorities, patients from these groups tend to use services more readily, disclose information more fully, and follow through with treatment more faithfully than when an interpreter is required. The report goes on to say, however, that there is a very short supply of minority group practitioners because of barriers that prevent them from using their skills in Canada. Professionals trained in other countries are often barred from practice by licensing restrictions and by the admissions requirements of post-graduate institutions.¹¹¹

The Committee noted that the recent report of the Standing Committee on Industry, Science and Technology, Regional and Northern Development recommended that governments seek to eliminate barriers that prevent the use of the skills of landed immigrants.¹¹²

RECOMMENDATION

26. That governments seek to eliminate unnecessary barriers and promote equal opportunities, for health care professionals with foreign-obtained credentials to qualify and practise in Canada.

The National Council on Aging suggested four methods to make physical and mental health services more accessible to elderly immigrants and members of cultural minorities; the methods would apply equally well to other members of these groups.

1. Encourage and assist cultural minorities to acquire oral and written language skills in one of the official languages.
2. Encourage and assist cultural communities to identify physical and mental health service problems encountered by their members and take part in efforts to find solutions.

¹⁰⁹ Brief, p. 15.

¹¹⁰ Brief, p. 12.

¹¹¹ Canadian Task Force on Mental Health Issues Affecting Immigrants and Refugees, *After the door has been opened*, Canada, 1988, p. 59.

¹¹² *Canada Must Compete*, Ottawa, December, 1990, p. 8.

3. Take into account the cultural heritage and customs of cultural minorities when planning health services in institutions and communities.
4. Ensure that an adequate system of contacts and information is established, preferably by members of the cultural communities themselves, so that the members of cultural minorities may be made aware of the services available to them.

It must be acknowledged that immigrant women and women who are members of cultural minorities are doubly disadvantaged, in terms of the problems they face, in accessing appropriate health care services.

RECOMMENDATION

- 27. That the federal government take a leadership role and assist the provincial and territorial governments to modify and develop health care services that are sensitive to the needs of women, aboriginal people, immigrants and cultural minorities.**

E. MENTAL ILLNESS

Problems of access to psychiatric services are reported for all regions of Canada. The Canadian Mental Health Association (CMHA) points out that "Mental health expenditures are small relative to overall health spending"¹¹³ and there is an apparent need for a comprehensive analysis of mental health spending in Canada. The CMHA indicated to the Committee that while the present resources are allocated to institutions, the chronically mentally ill population now lives largely in the community. It reported, however, that, in Ontario for example, only 4.5% of mental health spending in 1985-1986 went to community services.

Dr. Barry Jones, Director of the Schizophrenia Program of the Royal Ottawa Hospital, estimated that 7% of all hospital beds are occupied by people with schizophrenia alone. He warned, however, that:

... before we move people out of institutions we must be ready to provide appropriate care in the community, not in jails, crowded boarding homes or in the street.¹¹⁴

¹¹³ Brief, p. 1.

¹¹⁴ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 46, p. 9.

Dr. Jones estimated that 50% of the homeless and 10% of the population in jails have severe mental illness. He further indicates that perhaps 25% of the patients in his program fluctuate between living in the community and living in hospitals during episodes of acute illness. He further claims that many patient relapses can be attributed to the very poor environment into which patients are placed in the community.

The Canadian Psychiatric Association (CPA) is similarly concerned with problems of access to psychiatric health care services and the need to link health and social services, especially housing. The CPA commented that:

. . . psychiatric clinicians report encountering a degree of inflexibility and lack of creativity within the health care system that effectively prevents less expensive alternatives to institutional care from being offered . . . ¹¹⁵

Dr. Molloy ¹¹⁶ and the CPA expressed concern about the relatively large percentage of the elderly population in the over eighty group suffering from chronic psychiatric illness. It is members of this group, according to the CPA, that often have the poorest social supports and requires institutionalization for safety and adequacy of care; there seems to be no reason to believe that they will necessarily be healthier in the future. Therefore, the CPA takes the view that:

. . . planning for the future of health care services, for both the elderly and the chronically psychiatrically ill, based on an optimistic projection of increased healthiness would be dangerous because it may grossly underfund a system which is at present already considered to be underfunded (. . .) planning for the future with the same kind of morbidity levels that we see today would be much more appropriate.¹¹⁷

Several witnesses, including the CPA, also emphasized the important role of health promotion and disease prevention in the area of mental health. Abuse of alcohol and other substances was identified as a major factor in the development and aggravation of psychiatric disorders and the recommendation was made that greater efforts be made to educate the population about the risks of such abuse, particularly with respect to cognitive deterioration, family violence, sexual abuse and foetal alcohol syndrome.

Many witnesses feel that all health care consumers must actively participate in making decisions about their own health, as well as in planning health care services. It follows that consumers must receive appropriate and timely information in order to make decisions related to health. The CMHA says that the person with mental illness is not willing to be “a passive recipient of medical services” but wishes to “take a central role in

¹¹⁵ Brief, p. 1.

¹¹⁶ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 53.

¹¹⁷ Brief, p. 5.

planning alternatives to conventional services.”¹¹⁸ While medical services will continue to be important, the CMHA predicts that “The emphasis increasingly will be on other aspects of individuals’ lives, including housing, work and interpersonal relationships.”¹¹⁹

Both the CMHA and the CPA seem to indicate that there is a need for information on a national basis about mental health resources, both financial and human. It was also recommended that, because we do not know whether alternative care for the frail elderly, chronically ill and/or demented will cost more, about the same, or less than what is spent now, the real costs of alternative care must be researched; the needs of these patients must be met, whether in institutional or non-institutional settings. Research into mental illness in general seems to be underfunded. Mental disorders, for example, accounted for 8.3% of direct health costs in Canada in 1986, second only to cardiovascular diseases, but accounted for only 4.9% of research costs. In the same year, in the province of Quebec, mental disorders were actually the most expensive disease category, accounting for 17.9% of provincial health care costs.

RECOMMENDATIONS

- 28. That the federal government adequately fund research into the comparative costs of institutional and non-institutional mental health care services.**
- 29. That the federal government establish a national clearing house for information about mental health resources, both fiscal and human.**
- 30. That the federal government adequately fund research on mental illness.**

A shortage and maldistribution of psychiatric human resources was also cited in relation to problems of access to psychiatric services. The CPA stresses that the shortage of psychiatrists, together with the geography and demographics of Canada make the provision of adequate psychiatric services very difficult, particularly in rural and less populated areas. It is necessary to recruit psychiatrists and encourage them to remain in these areas through locums, easily access to continuing medical education, and financial and other incentives.

The CPA also drew attention to the need for a multi-disciplinary approach to psychiatric care which would include non-medical professionals such as psychologists, social workers, registered psychiatric nurses, registered nurses and occupational

¹¹⁸ Brief, Executive Summary.

¹¹⁹ *Ibid.*

therapists as an integral part of the mental health care delivery team. A major concern, for the CPA, is what it views as the “present inadequacy in levels of education of all types of mental health care workers, including psychiatrists”, particularly in the area of geriatric mental health.¹²⁰

F. ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS)

There is a great deal of concern with respect to access to health care services for AIDS and HIV-infected patients. The treatment of AIDS and HIV infection has, according to a number of witnesses who appeared before the Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS, placed “an enormous burden on the health-care community”.¹²¹

Witnesses to the Ad Hoc Committee and to this Committee, identified problems of access by AIDS and HIV-infected patients to HIV testing and diagnostic procedures, drugs, and physician and other health care services.

The Committee was told that the first step in effective treatment is timely and reliable diagnosis. Dr. Philip Berger advised the Committee that state-of-the-art diagnostic tools are not always available and that part of the diagnosis depends on the availability of anonymous testing for HIV. Dr. Berger said that such availability is inconsistent across Canada and even within provinces. He says that those at highest risk to HIV infection are reluctant to be tested in a system where they could be identified.¹²²

Similarly, former Health Minister Perrin Beatty, in announcing the federal government’s strategy on AIDS, identified the guarantee of confidentiality in HIV testing as a central issue.¹²³

The Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS acknowledged in its report that anonymous testing, which would allow testing to be done without people having to furnish any identifying information, so that only the person tested would be aware of a positive test, is a complex matter. For some proponents of anonymous testing, it is the only sufficient guarantee of confidentiality. It is generally agreed that testing should at least be voluntary, except in cases involving donation of blood, blood products, organs and tissue.

¹²⁰ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 39, p. 8.

¹²¹ *Confronting a Crisis: The Report of the Parliamentary Ad Hoc Committee on AIDS*, June 1990, p. 29.

¹²² *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 52, p. 7.

¹²³ Speaking Notes, 81st Annual Conference of the Canadian Public Health Association, Toronto, June 28, 1990, p. 7.

RECOMMENDATION

- 31. This Committee recommends that all HIV-antibody testing be accompanied by appropriate guarantees of confidentiality.¹²⁴**

In the area of research, the Committee recognizes the importance of information on levels of HIV infection in the population, particularly among certain sub-populations such as sex-trade workers, injection drug users, street people and prison populations. Such information is necessary in order to develop appropriate education and prevention programs to limit the spread of the virus.

RECOMMENDATION

- 32. The Committee supports the use of anonymous non-linked epidemiological surveys in AIDS research.¹²⁵**

The Canadian Aids Society (CAS) told the Ad Hoc Committee on AIDS that it believes that the sheer volume of information on treatments for AIDS and HIV infection, and the rapid changes in the information, combined with the lack of a suitable vehicle to provide physicians with access to information, are making it difficult for persons with AIDS to receive the best available medical care.¹²⁶ A national Treatment Registry on AIDS and HIV, to make available up-to-the-minute information about new drugs and emerging therapies and to ensure that treatment information is accessible to physicians, was recommended by the Ad Hoc Committee. In June 1990, the National Health and Welfare Minister announced an information system of the type recommended with initial funding of \$990,000.¹²⁷ Recent reports in the media of possible delays in this project are of grave concern to Committee members.

The information system is expected to remedy the problem of treatment information, at least for those doctors who see large numbers of AIDS and HIV-infected patients. Unfortunately, a relatively small number of physicians are treating the largest percentage of the AIDS patients. Dr. Berger estimates, for example, that 17 doctors probably treat over 40% of all HIV-infected patients in Ontario. It is estimated that 17 physicians in the downtown Toronto HIV Primary Care Physicians Group, of which Dr. Berger is a member, care for about 3,000 people. Media reports suggest that the

¹²⁴ Ad Hoc Committee on AIDS, p. 42.

¹²⁵ *Ibid.*, pp. 18-19.

¹²⁶ *Ibid.*, p. 25.

¹²⁷ Speaking Notes for The Honourable Perrin Beatty, Minister of National Health and Welfare, 81st Annual Conference of the Canadian Public Health Association, Toronto, June 28, p. 8.

stress and pressures on Canada's AIDS doctors are physically and emotionally exhausting and the monetary compensation is meagre. Dr. Berger cited the following factors as contributing to this problem:

1. . . . patients legitimately are attracted to physicians who have known expertise . . .
2. . . . doctors without experience are overwhelmed by the complexity of the disease . . .
3. . . . severe financial penalty and no incentive for physicians to take care of HIV-infected patients . . .¹²⁸

Provincial medical plans do not recognize the enormous amount of time they spend in counselling visits and phone calls.

RECOMMENDATION

- 33. That the federal government encourage the provinces and territories to develop more flexible forms of remuneration for physicians that will more accurately reflect the needs of patients in their practice.**

Once a person develops AIDS, he or she is in need of extensive and continuous care. Witnesses to the Ad Hoc Committee indicated that most of this care is provided by volunteers in a wide variety of community organizations, including support groups, hospices, palliative care facilities and home care arrangements. The federal government, through the AIDS Community Action Program, provides funding to community-based organizations for the care of patients with AIDS. This is done in part through training and education of volunteers working with community organizations. The Ad Hoc Committee recommended increased federal funding of community-based support groups as well as continuing education programs on AIDS treatment, care and support for physicians, nurses and other health professionals who entered practice before the AIDS epidemic started.

RECOMMENDATION

- 34. That the federal government adequately fund community-based support groups for AIDS patients and for continuing education programs on AIDS treatment and support for physicians, nurses and other health professionals.**

¹²⁸ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 52, p. 8.

HEALTH CARE HUMAN RESOURCES

The health sector constitutes an important part of the Canadian economy. Health care personnel made up approximately 5% of the Canadian labour force in March 1991.¹²⁹ It is clear from research and the testimony of witnesses that some problems exist in relation to the composition and distribution of health care personnel. This chapter briefly examines these difficulties and suggests how we might address them through human resources planning.

A. PHYSICIAN RESOURCES

During the last decade,¹³⁰ the increase in the number of physicians (general practitioners and specialists) practising in Canada has outpaced the rate of growth of the population. The physician-to-patient ratio has, therefore, increased considerably. In the case of active civilian physicians, excluding interns and residents, the physician-to-patient ratio went from one physician for every 656 Canadians in 1979 to one physician for every 515 Canadians in 1989. There are those who are concerned about a surplus of physicians.

Provincially, the active physician-to-patient ratio varies greatly. In 1989, it ranged from one physician for every 486 residents in British Columbia to one physician for every 748 residents in New Brunswick. Between 1979 and 1989, the proportion of specialists remained relatively stable, representing on average 50% of the physician population. The number of specialists varies from one province to the next. For example, in 1988, the ratio of resident physicians to active civilian specialists in Quebec was 964 to one, as

¹²⁹ Statistics Canada, *The Labour Force*, Catalogue 71-001, p. B-29.

¹³⁰ The following figures were provided by the Health Information Division, Information Systems Directorate, Policy, Planning and Information Branch, Department of National Health and Welfare, April 1990.

compared to a ratio of 1,883 to one in Newfoundland.¹³¹ The distribution of physicians among urban, rural and remote areas is a troublesome issue with which most provincial governments have tried to deal with varying degrees of success in recent years.¹³²

Comparatively speaking,¹³³ Canada ranks above average among OECD countries in terms of physician resources, and is close to the United States and Australia. Germany, Greece, Belgium and Sweden have proportionately more physicians than Canada; however, the number of physicians per capita is higher in Canada than it is in Japan, the United Kingdom and Switzerland. The percentage of specialists in Canada is similar to that in certain OECD countries, excluding the United States and Germany, where in 1987, specialists accounted for 84% and 54% respectively of the overall physician population. Lastly, the growing number of physicians in Canada over the last decade reflects a similar trend in other industrialized countries.

The number of women among the physician population has increased in recent years, rising from 14.2% in 1982 to 16.8% in 1987. This trend to having more women in the profession is expected to continue in the coming years, since now nearly half (46.7%) of all first-year medical students are women. Studies suggest that such a trend could affect the practice patterns of physicians because there are significant differences between men and women in hours worked per week, weeks worked per year, interruptions to working life and the average amount of time spent with patients.¹³⁴

Finally, the supply of physicians in Canada has traditionally been increased by foreign graduates. During the period 1961-1969, the number of physicians entering Canada averaged 880 per year. The average figure for the period 1970-1979 was 740. However, in the following period 1980-1989, the number of immigrant physicians fell dramatically, averaging 385 per year. In 1989, 20% of all post-M.D. trainees of Canadian faculties of medicine had had their M.D. degree awarded outside Canada.¹³⁵

B. NURSING RESOURCES

Over the past few decades, the rate of growth of nursing resources has annually outpaced the rate of growth of the population. In 1978, the ratio was one registered nurse for every 117 Canadians and one registered nursing assistant for every 313 Canadians.

¹³¹ Health and Welfare Canada, *Health Personnel in Canada*, 1988, March 1990, p. 192.

¹³² *Canadian Physician Resources*, Report of the Canadian Medical Association Committee on Physician Resources, August 1989, pp. 29-31.

¹³³ Comparative data were provided by the Federal-Provincial-Territorial Advisory Committee on Health Human Resources, *Report on Physician Workforce in Canada*, May 1990, Appendix A.1.

¹³⁴ *Canadian Physician Resources*, p. 26.

¹³⁵ Canadian Post-M.D. Education Registry, *Annual Census of Post-M.D. Trainees*, 1989-90, p. 67.

In 1988, the ratio was one registered nurse for every 104 Canadians and one registered nursing assistant for every 315 Canadians.¹³⁶ These changes stem from an increase in the demand for nursing resources, which can be traced to demographic and epidemiologic factors such as the growing complexity and gravity of illnesses, the evolving nature of illnesses and treatment methods, and the aging of the population.¹³⁷

While the supply of nursing resources has increased, several witnesses pointed to a shortage of nurses in the rural and remote regions or in certain specialized fields in urban areas. It was pointed out that in certain regions of the country, it has always been difficult to recruit and retain nurses. Some provinces have resorted to incentives to attract nurses to remote and rural areas and to large urban centres such as Toronto. The Canadian Nurses Association (CNA) maintains that the regional shortages can be attributed to factors specific to the region; for example, the high cost of living, the nursing model used, the salary and benefits package and opportunities for ongoing training.¹³⁸ The shortage of specialized nurses has also been a long-standing concern. Some urban centres are already experiencing a shortage of nurses with specialized training, such as intensive care nurses.

The CNA further noted that, strictly speaking, there is no shortage of nursing resources. The fact that nurses are unwilling to work under the present conditions, they say, has given the impression that a shortage exists. In describing these unsatisfactory conditions, the CNA includes lack of adequate staffing in hospitals, lack of involvement in decision-making, lack of educational opportunities, too many non-nursing duties, inflexible work schedules and concerns such as salaries and benefits.

C. MENTAL HEALTH CARE HUMAN RESOURCES

According to the Canadian Mental Health Association, mental health care expenditures account for only a small percentage of total national health care expenditures. Moreover, the number of mental health specialists is relatively low. For example, there were 2,972 psychiatrists in Canada in 1988, or one psychiatrist for every 8,780 Canadians. That same year, there was one active accredited or registered psychologist for every 3,127 Canadians.¹³⁹

¹³⁶ Health and Welfare Canada, *op. cit.*, pp. 123 and 139.

¹³⁷ Canadian Nurses Association, Brief, pp. 14-15.

¹³⁸ *Ibid.*, pp. 13-14.

¹³⁹ Health and Welfare Canada, *op. cit.*, pp. 196 and 235.

Several witnesses reported a shortage of mental health care workers and noted that geographically, they were poorly distributed across Canada. The Advisory Committee on Mental Health also expressed concern about the shortage of psychiatric care professionals. The Committee noted in its report¹⁴⁰ that all the provinces are facing problems in terms of the number, distribution and mix of psychiatric specialists. Some regions and provinces, according to this report, have been unable to recruit and retain psychiatrists and current remuneration structures are not compatible with psychiatric treatment modes.

Some witnesses also testified that the level of education of mental health care workers needs to be upgraded. The Canadian Psychiatric Association similarly expressed concern about what it regards as the current inadequate levels of education of all mental health care workers, be they psychologists, social workers, psychiatric nurses, registered nurses, occupational therapists or psychiatrists. The need is particularly acute for the skills required in dealing with the psychiatric problems of the elderly. The Association notes that 5% of persons over 65 years of age suffer from dementia and that for the over-80 category, the rate rises to more than 20%. It argues that specialized studies are essential in order to maintain and develop the professional skills needed to satisfy the vast range of medical and psychosocial needs of the elderly population.¹⁴¹

D. OTHER HEALTH PROFESSIONALS

During its public hearings, the Committee heard from a wide range of professional associations, as well as from the medical and nursing professions. An overall shortage and maldistribution of health care personnel was reported. This included a maldistribution of health personnel across the regions, as well as among institutions (e.g. acute and chronic care hospitals, community care centers).

At the present time there is, for example, a shortage of rehabilitation therapists, particularly for physiotherapy, occupational, speech and hearing therapy.¹⁴² The need for trained personnel is increasing without a corresponding increase in the number of graduates. It is anticipated that the shortage of these rehabilitation specialists will be even greater in the future, particularly given the close correlation between aging and disability.

¹⁴⁰ Advisory Committee on Mental Health, *Report to the Conference of Deputy Ministers of Health*, June 1990.

¹⁴¹ Brief, p. 6.

¹⁴² Federal-Provincial Advisory Committee on Health and Human Resources, *Federal-Provincial Report on Rehabilitation Personnel*, June 1988.

Dieticians' services are in short supply in certain communities, medical clinics, in-home health care programs, private practice and school boards. There are also long waiting lists for the services of dieticians in hospitals,¹⁴³ and a shortage of pharmacists both in hospitals and in the community. Access to pharmaceutical services in rural areas is also a problem.¹⁴⁴

The range of non-medical health professional services covered by provincial health insurance plans varies from province to province. For example, the Canadian Chiropractic Association said in testimony:

In . . . Newfoundland, Nova Scotia and New Brunswick there is no coverage from the government there at all. The fee that is paid for our services is paid directly by the patients, and 85% is covered by private insurance companies, so [in] effect most of the fee is paid by a private insurance company through their company plans or whatever. In the province of Quebec there is no coverage, and again it is private insurance companies that pay the percentage. I believe it is around 85% that is covered by a private insurance company. In the province of Ontario they cover for \$210 a year and in the province of Manitoba they are covered for 15 visits. In the province of Saskatchewan they have unlimited coverage. In the province of Alberta they are covered for around 20 visits per year. In the province of British Columbia they again are covered for 11 visits per year . . .¹⁴⁵

Some professional associations are asking that their services be insured under the publicly-funded plans. According to some witnesses, this would not influence the demand for non-medical professionals' services, while others fear that costs would rise.

E. HUMAN RESOURCE PLANNING

The Canadian Hospital Association noted that shortages and maldistribution of health human resources in general affect all the provinces and territories of Canada.¹⁴⁶ One result has been a lack of access to medically necessary services, especially in rural and remote regions, which have more difficulty attracting and holding their health care professionals, particularly in highly specialized disciplines. Waiting lists are common for specialized services, and patients often have to be transferred to other provinces or to centres far from their families and social support network. Another result is the substitution of one discipline for another, and the closing of beds and specialty units.

¹⁴³ Canadian Dietetic Association, Brief.

¹⁴⁴ Canadian Pharmaceutical Association, Brief.

¹⁴⁵ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 40, p. 26.

¹⁴⁶ Brief, p. 5.

To solve the problem of the shortage of physicians in outlying areas, many witnesses stressed the importance of offering financial incentives to encourage medical personnel to settle in these regions. The Canadian Medical Association believes that financial incentives alone are not enough to persuade physicians to practise their profession in under-serviced areas, because other factors, such as the quality of professional and social life, the proximity of teaching institutions and the possibilities of employment for their spouses also influence the decision to move outside the major urban centres. The CMA considers that the best way of attacking the problem of under-serviced regions must be through the educational system. It argues in its brief that medical resource planning requires a shared approach, which should be national in scope, take into account provincial and territorial resources, and be based on assessment and planning of regional needs.

RECOMMENDATION

35. That the federal government develop a national policy on planning for health care human resources (physicians, nurses and other health professionals).

Under this national policy, the Committee would like to see addressed such issues as the geographic distribution of physicians and the shortage in specialities, the increasing participation of women in the medical sector, the situation in the nursing profession, the shortage and distribution of health professionals, and the appropriate role of all health care personnel.

The shortages and maldistribution of health human resources are evident in all provinces and territories. As solutions to these problems, the professional associations that appeared before the Committee recommended, among other things, planning the intake of students admitted to courses in the health professions in universities, the designing of new graduate and post-graduate programs and the expansion of training programs in hospitals and community settings. Many witnesses suggested that the federal and provincial governments should help to fund current research on improving the training, use and supervision of professionals, as well as the recruiting and retaining of personnel.

RECOMMENDATION

36. That, as part of the national policy on planning for health care human resources, the Federal-Provincial Advisory Committee on Health Human Resources establish specific national resources targets and

promote acceptance of these targets by universities, ministries of education, professional, hospital and health associations and other interested parties.

In addition, many witnesses criticized the physicians' role as the "gatekeepers" to health services. They consider that making use of other health professionals would expand the concept of health and make it possible to offer better-quality, more appropriate care at lower costs. According to the Canadian Chiropractic Association, insufficient recourse to non-medical professionals constitutes one of the major shortcomings of the Canadian health care system. The Association said that the system should encourage the widest possible recourse to qualified health professionals. It asserted that the difficulty lies in establishing a balance between the individual's right to choose the form of health care he or she prefers and the State's obligation to pay for care.

(. . .), the data suggests that alternatives are used exclusively unless complications that require a referral (a patient uses either a mid-wife or a medical physician) so funding alternatives does not necessarily increase the costs and may substantially decrease them (virtually all the alternatives are cheaper both in direct costs—fees to the practitioner—and indirect costs—the facilities needed to deliver the care).¹⁴⁷

Other witnesses, on the other hand, argued that direct access to services provided by alternative professionals carries the risk of generating a strong increase in demand and consequently a jump in costs.

¹⁴⁷ Brief, p. 25.

CHAPTER 7

RESEARCH

There is at present considerable debate on the amount of expenditure on health and health-related research, as well as on the appropriate distribution of resources between basic and applied research. It was pointed out, in a session on Science and Research at a recent Canadian Medical Association Conference, that the definition of applied and clinical research is currently being broadened to include population health, epidemiology and health care delivery. Research on health care delivery includes studies of utilization, outcomes, cost-effectiveness, efficiency and the appropriateness or inappropriateness of interventions.¹⁴⁸

Testimony by witnesses to this Committee spoke of a similar range of concerns with respect to research. The Canadian Federation of Biological Societies brought the Committee's attention to what it views as low levels of expenditure on research and development (R&D) generally in Canada, including health research.¹⁴⁹

Health and Welfare Canada reports that expenditure on health research accounted for 0.8% of total health expenditure in 1975 and 0.9% in 1987 (the last year for which hard figures are available).¹⁵⁰ It is estimated that the 1987 figure is probably largely unchanged in 1990.

¹⁴⁸ Watanabe, Dr. Mamoru, Dean of Medicine, University of Calgary, 3rd Annual Leadership Conference, March 2, 1991.

¹⁴⁹ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 53, p. 53.

¹⁵⁰ *National Health Expenditures in Canada, 1975-1987*, 1990, p. 35.

A recent study of the economic burden of illness in Canada, from the Health Protection Branch of Health and Welfare Canada, found that the money spent on research efforts in all disease categories, accounted for 1% of the direct costs of all diseases and 0.5% of the total economic burden of disease.¹⁵¹

Differing views are expressed with regard to what the priorities should be in health research. The majority of the Medical Research Council (MRC) budget goes to basic research, while virtually all of the National Health Research and Development Program (NHRDP) budget of Health and Welfare Canada goes to applied research. Nearly nine times as many dollars (\$241.5 million in 1990-91) go to MRC, however, as go to NHRDP (\$28.1 million in 1990-91). Witnesses generally urged that more funding go to health research but some witnesses expressed concern about recent reductions in the NHRDP budget (applied research). The Canadian Federation of Biological Societies, for example, offered the view that these reductions could affect research in health care delivery and also the training of highly qualified personnel in this area.¹⁵²

The current NHRDP budget of \$28.1 million is a reduction of \$1 million from the 1989-90 main estimates level. It is made up of several parts, including the AIDS, Child Sexual Abuse, Family Violence components, which have not been reduced. It is anticipated that NHRDP expenditures related to Seniors and the Drug Strategy will exceed those of 1989-1990, although there has been a "slight reduction" in the overall budgets. The balance of the cutback will be applied to the untargeted part of the NHRDP budget. This is the part of the NHRDP budget that funds projects previously identified as important to improving the quality and cost-effectiveness of health care services. Projects under the following headings have been funded in this area:

- Health Care Management,
- Health Care Delivery and Organization
- Health Care Quality and Standards/Quality Assurance and Control.¹⁵³

Projects funded in the special areas identified above yield information on new and improved ways to deliver care.

¹⁵¹ Wigle, Donald T., et al, *Economic Burden of Illness in Canada, 1986*, Bureau of Chronic Disease Epidemiology, Laboratory Centre for Disease Control, May 1990, pp. 6-7. This study includes both direct and indirect costs in the total economic cost of illness and analyses these costs by disease category. Direct costs consist of expenditure on drugs, medical care and other professional services provided by physicians, hospital care, research, pensions and benefits, non-institutional care and related services, appliances and various administrative health costs. Indirect costs include loss of future income due to premature death and the value of productivity lost in 1986 due to chronic and short-term disability. The study was able to determine direct and indirect costs by disease category for approximately 81% of the \$97.2 billion estimated as the total cost of disease.

¹⁵² Brief, p. 2.

¹⁵³ Health and Welfare Canada, *Information For The Parliamentary Relations Office*, November 22, 1990.

In relation to applied research, a number of witnesses (including Dr. Naylor, Dr. Mustard, Dr. Psutka and the Canadian Nurses Association) emphasized the need for “innovation” in both the management and delivery of health care services. A recent report by the National Council of Welfare stresses the need for “innovation in the delivery of health care services, as opposed to innovation in medicine”.¹⁵⁴

This report suggests that Medicare “locked in” established patterns of delivering health care and that since it was introduced, there have been relatively few attempts to find better or more cost-effective means of delivering services.

Provincial and territorial Ministers of Health recognized the need for innovation in 1987.¹⁵⁵

More and more provinces are investing increasing amounts of money in research directed at improving the delivery of health care services. Canadianized versions of Health Maintenance Organizations are being introduced on an experimental basis in Ontario and Quebec. The Victoria Health Project was established in British Columbia to develop better ways to manage health care resources and better serve the aging population. The National Council of Welfare, concerned about provinces duplicating each others’ research, recommends in its report that:

(. . .) federal and provincial governments establish an innovations fund to support research into better and more cost-effective ways of delivering health care services across Canada.¹⁵⁶

In the Council’s view, such an approach would help ensure good evaluation and experiments that are designed to be relevant to more than one province. At the same time, provinces could continue to develop projects with more local than national potential.¹⁵⁷ Moreover, by eliminating duplication of research and sharing of research findings among all the provinces, research efforts could be more cost-effective.

Dr. Jack O’Hashi of the Canadian Medical Association (CMA), on the other hand, is of the view that we should be researching the determinants of disease. Dr. O’Hashi offered the following example:

If, for example, you have ten people in the community who have gall-bladder disease and need to have their gall-bladders out, you are going to have to do that regardless of the number of physicians that are there, the number of hospital beds, whatever.

¹⁵⁴ National Council of Welfare, *Health, Health Care and Medicare*, Ottawa, Autumn 1990, pp. 38-40.

¹⁵⁵ *Future Directions for Health Care Services*, Toronto, p. 9 (a report to the First Ministers’ Economic Conference).

¹⁵⁶ National Council of Welfare, *op. cit.*, p. 40.

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 39.

(. . .) The question may be what we know about the natural history of that gall-bladder disease and if there is some way of affecting it so those people do not have problems.¹⁵⁸

Dr. Robert Spasoff, speaking at the recent CMA Conference said that, in his view, the amount of research money allocated to each particular disease category should bear some resemblance to the burden the category poses on society in terms of its frequency and impact. As Dr. Spasoff points out, however, the Health and Welfare study of the economic burden of disease found major discrepancies between the burden imposed and the amount of research dollars spent on them. Injury, for example, was the category imposing the highest economic burden but it received the fewest research dollars.

Dr. Spasoff, as well as a variety of witnesses to the Committee, suggested that, to be responsive to public need, more emphasis must be given in research to environmental and socio-behavioural factors affecting health, to rehabilitation, disease prevention, health promotion and health services research. It is suggested that availability of information on the health status of the population, individual risk factors and patterns of health services use is essential to this research.

RECOMMENDATIONS

- 37. That the federal government adequately fund the National Health Research and Development Program to develop procedures to measure outcomes in health care rather than assuming that if the structures and processes are in place (e.g. hospitals, technology, medical personnel) the outcomes will also be satisfactory.**
- 38. That the federal government establish a regular program of population health surveys making it possible to relate individual risk factors and patterns of use of health care services to longer term health and costs.**
- 39. That the federal government adequately fund to the National Health Research and Development Program to support research into innovative and cost-effective ways of delivering high quality health care services across Canada.**
- 40. That pilot projects in innovative approaches to health care funded by the federal government include evaluation procedures.**

¹⁵⁸ *Minutes of Proceedings and Evidence*, Issue No. 36, p. 19.

CONCLUSION

This study was initiated to address concerns about the adequacy of health care funding arrangements to provide quality health care to Canadians that meets the standards of the *Canada Health Act*. Having heard numerous witnesses with diversified expertise, experience and interests in health care, the Committee has discovered that our health care system does in fact face a variety of challenges, many of which may not be solved by simply increasing our spending on the system as it currently exists. We still believe that Canada has one of the best health care systems in the world and we are committed not only to maintaining that system but also to improving upon it. The Committee heard repeatedly that rather than more financial resources for health care, we need more cost-effective and appropriate distribution of resources in a system which recognizes that health goes well beyond hospital and medical care. The national planning approach which the Committee recommends acknowledges the need to revisit the assumptions underlying our system of health care.

LIST OF RECOMMENDATIONS

1. That the federal government, in co-operation with the provincial and territorial governments, develop a clearly stated national policy on health care that is consistent with the existing *Canada Health Act*. Development of this policy would include the division of responsibilities for health between the federal, provincial and territorial governments, the basics of funding under EPF and the standards of the *Canada Health Act*. (Chp. 2)
2. That the federal government develop policies to make the nation healthy in those areas where it has jurisdiction under the Constitution, including the environment and areas that affect quality of life such as housing, income, employment and post-secondary education. (Chp. 3)
3. That the federal government emphasize illness prevention and health promotion and devote greater resources to education and information for consumers with the objective of making them full partners and knowledgeable decision-makers in their own health care. (Chp. 3)
4. That a Canada Health Council, representing health care providers, consumers, researchers and others, be established and financed to advise the federal government on matters related to national health care. (Chp. 3)
5. That the federal government consult with the provinces and territories in developing a framework for the gradual shift of sufficient institutional resources (human, financial and technological) to more appropriate levels of community, home care and social support services. (Chp. 3)
6. That within two years, the federal government produce a complete report, based on a compilation of existing research and pilot studies of physician remuneration systems, with a particular emphasis on the appropriateness of certain remuneration systems for specific practice situations. (Chp. 3)
7. That the federal government encourage the provinces and territories to continue to develop innovative alternatives to existing remuneration systems for physicians. (Chp. 3)
8. That the federal government place on the agenda for the next Federal-Provincial Health Ministers' Conference the development of services to provide support and respite for volunteer caregivers of elderly and disabled Canadians. (Chp. 4)

9. That the federal government, as part of the development of a national health policy, establish objectives for improving the access of seniors and the disabled to a broad range of services which affect their health. (Chp. 4)
10. That resources be directed toward informing and empowering seniors as consumers of health care services in order that they can share, with their families, health care professionals, and informal care givers, the responsibility to make healthy choices about their own health. (Chp. 4)
11. That the federal government, in cooperation with the provinces and territories, seek to establish a common terminology across all health jurisdictions in Canada to facilitate comparisons in the quality and cost of institutional, community and home care. (Chp. 4)
12. That the federal government fund research, education and development of special expertise in geriatrics and gerontology for health and social care professionals. (Chp. 4)
13. That the federal government, as part of a national health policy, plan for the future health care of seniors, taking into account current and future lifestyles, the role of the family, the availability of social services, the financial resources of seniors and the needs of physically and mentally challenged seniors. (Chp. 4)
14. That the federal government undertake initiatives to determine the feasibility of legislation allowing elderly individuals to specify the level of care they wish to receive in the event of an illness which renders them incapable of making decisions at that time. (Chp. 4)
15. That the federal government address the issues around the use of acute care services by funding research into the development of a system of coordinated and integrated health care services which would provide a continuity of care between acute care hospitals and extended, community and home care, thereby facilitating access to appropriate levels of care. (Chp. 5)
16. That the federal government, in cooperation with the provincial and territorial governments, evaluate the use of a wider range of health care professionals within the insured health care system. (Chp. 5)
17. That the federal government facilitate through research the development and refinement of health care services to better meet the needs of rural and northern Canadians. (Chp. 5)

18. That the federal government, through federal–provincial funding arrangements, support innovative recruitment and retention programs in areas of the country where shortages of health personnel have been identified. (Chp. 5)
19. That the federal government take an interdepartmental approach to develop a strategy to reduce the threat posed by poverty to the health of children and youth. (Chp. 5)
20. That a federal–provincial interdepartmental advisory committee be established to develop strategies to change health threatening behaviour (e.g. avoiding use of tobacco products, alcohol, and poor eating habits), thereby reducing risk factors associated with poor health in children and youth (e.g. low birthweight, fetal alcohol syndrome). (Chp. 5)
21. That the promotion and advertising of tobacco products be phased out as soon as reasonably possible. (Chp. 5)
22. That the advertising for alcoholic beverages reflect responsible use and positive social values. (Chp. 5)
23. That health warnings, directed toward pregnant women, be placed on alcoholic beverages. (Chp. 5)
24. That the federal government take a leadership role and, consulting with the provinces and the territories, promote: (1) access to family planning information and, (2) access to family life education in all regions of Canada. (Chp. 5)
25. That the federal government use its powers under the *Canada Health Act* to insist that all provinces and territories make access to therapeutic abortion available to all women. (Chp. 5)
26. That governments seek to eliminate unnecessary barriers and promote equal opportunities, for health care professionals with foreign–obtained credentials, to qualify and practise in Canada. (Chp.5)
27. That the federal government take a leadership role and assist the provincial and territorial governments to modify and develop health care services that are sensitive to the needs of women, aboriginal people, immigrants and cultural minorities. (Chp. 5)
28. That the federal government adequately fund research into the comparative costs of institutional and non–institutional mental health care services. (Chp. 5)

29. That the federal government establish a national clearing house for information about mental health resources, both fiscal and human. (Chp. 5)
30. That the federal government adequately fund research on mental illness. (Chp. 5)
31. This Committee recommends that all HIV–antibody testing be accompanied by appropriate guarantees of confidentiality. (Chp. 5)
32. The Committee supports the use of anonymous, non– linked epidemiological surveys in AIDS research. (Chp. 5)
33. That the federal government encourage the provinces and territories to develop more flexible forms of remuneration for physicians that will more accurately reflect the needs of patients in their practice. (Chp. 5)
34. That the federal government adequately fund community–based support groups for AIDS patients and for continuing education programs on AIDS treatment and support for physicians, nurses and other health professionals. (Chp. 5)
35. That the federal government develop a national policy on planning for health care human resources (physicians, nurses and other health care professionals). (Chp. 6)
36. That, as part of the national policy on planning for health care human resources, the Federal–Provincial Advisory Committee on Health Human Resources establish specific national resources targets and promote acceptance of these targets by universities, ministries of Education, professional, hospital and health associations and other interested parties. (Chp. 6)
37. That the federal government adequately fund the National Health Research and Development Program to develop procedures to measure outcomes in health care, rather than assuming that if the structures and processes are in place (e.g. hospitals, technology, medical personnel) the outcomes will also be satisfactory. (Chp. 7)
38. That the federal government establish a regular program of population health surveys making it possible to relate individual risk factors and patterns of use of health care services to longer term health and costs. (Chp. 7)
39. That the federal government adequately fund to the National Health Research and Development Program to support research into innovative and cost–effective ways of delivering high quality health care services across Canada. (Chp. 7)

40. That pilot projects in innovative approaches to health care funded by the federal government include evaluation procedures. (Chp. 7)

acute care: care or treatment for illness or injury, usually of short duration or sudden onset, requiring concentrated attention by health care providers.

capitation funding: a method of paying physicians and other health care professionals a negotiated sum, on a regular basis (usually annually), for a comprehensive set of services delivered to a specified population, based on the number of patients and their age–sex distribution.

chronic care: care provided for long-lasting or long-term illness or disability (either physical or mental).

chronic disease: illness of long duration or frequent recurrence.

curative: (thing) tending to treat, especially disease.

demographics: the statistical data describing a human population in terms of age, sex, marital status and other characteristics.

disability: any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being.

elective treatment: treatment which is optional or not urgently necessary.

eleemosynary: dependent on charitable donations.

endarterectomy: a surgical procedure in which the passageway and inner lining of an artery is reamed out; usually performed to remove a clot or to scrape out the lining of an arteriosclerotic vessel.

epidemiology: the study of the determinants of health and disease in human populations, including incidence, distribution and control of disease.

fee-for-service payment: a form of reimbursement through which a health professional is paid a certain amount per procedure or service performed according to a schedule of fees: the predominant form of physician reimbursement under health insurance programs in Canada.

frail elderly: members of the population who are 85 years of age and over are frequently referred to as the “frail elderly” because as a group they tend to require more health care than those between the ages of 65 and 84 years.

geriatrics: the study of conditions affecting old people.

gerontology: the study of the aged.

global budgeting: an arrangement whereby an annual all-inclusive sum is allocated to an organization (e.g. a hospital) by a funding agency for all the services to be provided by the organization.

gross domestic product (GDP): measures the annual value of production arising within geographical boundaries of Canada irrespective of whether the factors of production are resident or non-resident.

gross national product (GNP): measures the annual market value of all goods and services produced by Canadian factors of production (i.e. resident in Canada).

health expenditures: includes expenditures made by both the private and the public sectors. Health expenditures therefore include expenditures by federal, provincial, territorial and local governments, by workers' compensation boards and by private organizations and consumers.

health maintenance organization (HMO): a health care organization that acts as both insurer and provider of comprehensive but specified medical services. A defined set of physicians provides services to a voluntarily enrolled population for a prospective per capita amount (i.e. by capitation).

holistic: a description of methods of disease prevention and treatment that involve not only the physical, but the mental, psychological and emotional needs and lifestyle of a patient.

iatrogenic: caused by the process of diagnosis or treatment.

morbidity rate: the number of cases of disease per 1000 population in a given time period.

mortality rate: the number of deaths per 1000 population in a given time period.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD): an organization which promotes economic co-operation and development in 24 countries. The member countries of the OECD are Austria, Belgium, Canada, Denmark, France, the Federal Republic of Germany, Greece, Iceland, Ireland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Norway, Portugal, Spain, Sweden, Switzerland, Turkey, the United Kingdom, the United States, Japan, Finland, Australia and New Zealand.

personal health care: category of care and services provided to individuals and including institutional care and related services, professional services, drugs and appliances.

public health expenditures: health expenditures by governments (federal, provincial, territorial and local).

seniors: members of the population who are 65 years of age and over.

APPENDIX A

LIST OF WITNESSES

	DATE	ISSUE No.
Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec Marielle Delaney, Vice-President.	February 13, 1990	16
Association of Canadian Teaching Hospitals Dr. Finlay McKerracher, Secretary-Treasurer.	April 26, 1990	16
Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine Ronald Dugas, President; Ken Basham, Vice-President.	October 25, 1990	42
Baycrest Centre for Geriatric Care Sandra Leggat, Director of Planning; Sam Ruth, Consultant.	October 25, 1990	42
*Berger, Dr. Philip B. (University of Toronto)	January 21, 1991	52
Canadian Advisory Council on the Status of Women (CACSW) Glenda P. Simms, President; Eliane Silverman, Director of Research.	March 27, 1990	22
Canadian Association of Occupational Therapists Thelma Gill, President; Jacqueline McGarry, President Elect; Margaret Brockett, Executive Director.	April 26, 1990	26
Canadian Association of Optometrists Dr. Thomas L. Adamack, President; Dr. Margaret Hansen-des Groseilliers, Secretary-Treasurer; Dr. M.E. Woodruff, Consultant; Gerard Lambert, Executive Director.	April 10, 1990	24

	DATE	ISSUE No.
Canadian Association of Social Workers Gail McDougall, President; Kim Clare, Chairperson of the Social Policy Committee; Sandy Campbell, President of the Mid-Western Branch of the Ontario Association of Professional Social Workers.	May 10, 1990	30
Canadian Centre for Occupational Health and Safety Maureen Shaw, Chairman of the Council of Governors.	May 1st, 1990	27
Canadian Chiropractic Association Dr. John Cochrane, President; Dr. Greg Dunn, Second Vice-President.	October 18, 1990	40
Canadian Co-Operative Association Lynden Hillier, Executive Director; Thomas E. Marwick, Executive Director, Regina Community Clinic.	March 20, 1990	20
Canadian Council on Animal Care Harry Rowsell, Executive Director.	January 22, 1991	53
Canadian Dietetic Association Shirley Power, President; Bretta Maloff, Director, Nutrition Division, Calgary Health Services; Marsha Sharp, Executive Director.	May 2, 1990	27
Canadian Federation of Biological Societies Kevin M.W. Keough, President; Dr. Diane Finegood, Chair, Animal Experimentation Committee.	January 22, 1991	53
Canadian Health Coalition Kathleen Connors, Vice-Chairperson, President of the National Federation of Nurses Unions; Pamela FitzGerald, Executive Coordinator.	March 27, 1990	22
Canadian Hospital Association Carol Clemenhausen, President and Executive Director; Elma Heidemann, Chairperson, Board of Directors.	October 9, 1990	38

	DATE	ISSUE No.
Canadian Institute of Child Health Daniel H. Drown, President; Dr. Denise Avard, Vice-President, Research.	February 20, 1990	17
Canadian Medical Association Dr. Marcien Fournier, President; Dr. William J. Vail, Chairman of the CMA Committee on Physician Resources; Dr. Jack O'Hashi, Member of the CMA Committee on Health Disciplines; Dr. Peter K. Fraser, Member of the CMA Special Committee on Professional Liability in Medicine; Dr. Léo-Paul Landry, Secretary General.	June 12, 1990	36
Canadian Mental Health Association Mary D. Oordt, National President; Craig Hurst, Member of the Board of Directors; Edward J. Pennington, General Director; Bonnie Pape, Director of Program.	November 6, 1990	44
Canadian Nurses Association Dr. Judith Ritchie, President; Judith A. Oulton, Executive Director.	May 10, 1990	30
Canadian Pharmaceutical Association Leroy Fevang, Executive Director; Dr. Jeff Poston, Research Director.	June 12, 1990	36
Canadian Physiotherapy Association Nancy Plews, President; Brenda Myers, Executive Director.	November 6, 1990	44
Canadian Psychiatric Association Dr. Pierre Beausjour, Secretary; Dr. Marie-France Rivard, Consultant on Geriatric Psychiatric Issues, Royal Ottawa Hospital.	October 11, 1990	39
*Capretta, Rosalie (McMaster University)	January 22, 1991	53
*Castonguay, Claude (Quebec former Minister of Health, Family and Welfare (1970-71) and former Minister of Social Affairs (1971-73))	June 5, 1990	35

	DATE	ISSUE No.
Consumers' Association of Canada Jean Jones, Chairperson of the Health Council; Rachel Dalzell, Member of the Board of Directors and of the Health Council.	23 April 3, 1990	23
*Contandriopoulos, André-Pierre (University of Montreal)	April 3, 1990	23
*Courchene, Thomas (Queen's University)	January 22, 1991	53
*Fulton, Jane (University of Ottawa)	February 6, 1990	15
*Fyke, Kenneth J. (Greater Victoria Hospital Society)	January 23, 1990	13
*Gilmore, Dr. Norbert (McGill University)	January 21, 1991	52
*Jones Dr. Barry (Royal Ottawa Hospital)	November 22, 1990	46
*Lavoie, Joe N. (Care Med International)	January 21, 1991	52
*Ley, Dr. Dorothy (Canadian Medical Association Committee on Health Care for the Elderly)	February 13, 1990	16
*Lomas, Jonathan (McMaster University)	January 21, 1991	52
*Marmor, Theodore R. (Yale University)	January 21, 1991	52
*McMurtry, Dr. Robert Y. (University of Calgary)	March 22, 1990	21
*Mepham, Virginia	January 22, 1991	52
*Molloy, Dr. D.W. (McMaster University)	January 22, 1991	53
*Mustard, Dr. Fraser (Canadian Institute for Advanced Research)	December 10, 1990	48
National Advisory Council on Aging Susan Fletcher, Director; Joel Aldred, Member of the Ontario Advisory Council on Aging; Judith Stryckman, Chief of Research and Policy Development.	February 6, 1990	15

	DATE	ISSUE No.
National Health and Welfare Department		
The Honourable Perrin Beatty, Minister of National Health and Welfare;	December 12, 1989	11
Dr. Peter Glynn, Assistant Deputy Minister, Health Services and Promotion Branch and Acting Assistant Deputy Minister, Social Services Program Branch;	November 28, 1989	10
Dr. Gillian Lynch, Acting Assistant Deputy Minister, Medical Services Branch;	December 19, 1989	12
E. Michael Murphy, Secretary, Review of Demography and its Implications for Economic and Social Policy;	December 12, 1989	11
Marie Fortier, Director General, Health Services Directorate;	January 30, 1990	14
Jim Moore, Director General, Program Transfer, Policy and Planning, Medical Services Branch;	November 28, 1989	10
Ed Tupper, Director General, Public Service Health Division, Medical Services Branch.	December 19, 1989	12
Native Council of Canada		
Christopher McCormick, National Spokesperson; Dorothy McCue, Health Co-ordinator.	December 19, 1989	12
*Naylor, Dr. David		
(University of Toronto)	March 13, 1990	9
Nurse Practitioners Association of Ontario		
Wendy Goodine, President; Carolyn Davies, President Elect.	November 1st, 1990	43
Partners in Research		
Dr. Bessie Borwein, Associate Dean (Research), University of Western Ontario; Dr. Mark Bisby, Researcher, Department of Physiology, Queen's University. Ronald G. Calhoun, Executive Director.	October 23, 1990	41
Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada		
The Honourable Judith A. Erola, P.C., President; Gordon Postlewaite, Director of University and Scientific Affairs and Executive Director of the PMAC Health Research Foundation.	December 11, 1990	49
	January 22, 1991	53

	DATE	ISSUE No.
*Psutka, Dr. Dennis (McMaster University)	November 8, 1990	45
*Rachlis, Dr. Michael	January 22, 1991	15
*Ujimoto, Dr. K. Victor (University of Guelph)	March 8, 1990	18
Victorian Order of Nurses of Canada (VON) Dr. Helen Mussallem, President; Donna Roe, National Executive Director; Cathy Bonnah, National Coordinator for Promoting Elders Participation; Mary Buzzell, Director of Educational Development, V.O.N. Hamilton- Wentworth.	March 8, 1990	18

*Appeared as individual

LIST OF INDIVIDUALS AND ORGANIZATIONS HAVING SUBMITTED BRIEFS

Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec

Association of Canadian Teaching Hospitals

Association of Concerned Citizens for Preventive Medicine

Baycrest Centre for Geriatric Care

Beiser, Dr. Morton (University of British Columbia)

Canadian Advisory Council on the Status of Women

Canadian Association of Occupational Therapists

Canadian Association of Optometrists

Canadian Association of Practical Nurses and Nursing Assistants

Canadian Association of Social Workers

Canadian Centre for Occupational Health and Safety

Canadian Chiropractic Association

Canadian Co-Operative Association

Canadian Dietetic Association

Canadian Federation of Biological Societies

Canadian Health Coalition

Canadian Hospital Association

Canadian Institute of Child Health

Canadian Medical Association
Canadian Mental Health Association
Canadian Nurses Association
Canadian Pharmaceutical Association (2 briefs)
Canadian Physiotherapy Association
Canadian Psychiatric Association
Canadian Society of Hospital Pharmacists
Chappell, Neena (University of Manitoba)
Chinese Medicine and Acupuncture Association
Community Health Co-Operative Federation of Saskatchewan
Consumers' Association of Canada
Corporation professionnelle des acupuncteurs du Québec Inc.
Fulton, Jane (University of Ottawa)
Fyke, Kenneth J. (Greater Victoria Hospital Society)
Institute for Health Care Facilities of the Future
Ley, Dr. Dorothy (Beaverton, Ontario)
Metropolitan Toronto, The Community Services Department of the Municipality
National Advisory Council on Aging
Native Council of Canada
Norton, James A. (Foster Higgins)
Nurse Practitioners Association of Ontario
Ujimoto, K. Victor (University of Guelph)
Victorian Order of Nurses for Canada
Workers' Compensation Commission of Newfoundland and Labrador

LIST OF INDIVIDUALS AND ORGANIZATIONS HAVING SUBMITTED A DOCUMENT OTHER THAN A BRIEF

Canadian Alliance for Research on Schizophrenia
Canadian Association of Occupational Therapists
Canadian Chiropractic Association
Canadian Co-Operative Association
Canadian Council on Animal Care
Canadian Federation of Biological Societies
Canadian Holistic Medical Association
Canadian Medical Association
Capital Regional District Care Programs (Victoria, B.C.)
Chinese Medicine and Acupuncture Association of Canada
Community Health Co-Operative Federation of Saskatchewan
Contandriopoulos, André-Pierre (University of Montreal)
Federation of Canadian Demographers
Friends of Schizophrenics, Ottawa-Carleton Chapter
Fulton, Jane (University of Ottawa)
Manga, Pran (University of Ottawa)
McMurtry, Dr. Robert Y. (University of Calgary)

Molloy, Dr. D.W. and Virginia Mephram

National Advisory Council on Aging

National Anti-Poverty Organization

Naylor, Dr. David (University of Toronto)

Nonprescription Drug Manufacturers Association of Canada

Nurse Practitioners Association of Ontario

Reich, Dr. Carl J. (Calgary, Alberta)

Ujimoto, K. Victor (University of Guelph)

Victorian Order of Nurses for Canada

SUMMARY OF PROVINCIAL STUDIES

Constitutionally, the provincial and territorial governments have primary responsibility for the delivery of health care services. Although each provincial health care scheme must meet the criteria and conditions set out in the *Canada Health Act*, over the years, the provinces have been able to develop health care networks geared to their specific needs. The current provincial health care systems vary in style and nature.

Despite their differences, provincial health care schemes are confronted with similar challenges. Provincial health departments are deeply concerned about health expenditures. In every province of Canada, substantial sums are spent on health care; health currently accounts for about one third of provincial and territorial budgets. Health expenditures are expected to continue to rise as a result of factors such as the aging of the population, AIDS, growth in new technologies and increases in costs in human resources and institutions. Provinces are paying more attention to the limits of the traditional medical model which, it is said, places the emphasis on illness rather than health. They are also questioning current methods of funding as well as the role of a variety of the different health care professionals.

To find solutions to meet the challenges of the health care sector in the 21st century, the provinces have established commissions of inquiry or task forces. The following sections describe the mandates of these commissions and task forces and present a brief list of their main recommendations.

A. THE MANDATE OF PROVINCIAL COMMISSIONS OF INQUIRY AND TASK FORCES

The number of commissions of inquiry and task forces created by the provinces in recent years to look into health care is proof of their desire to examine all aspects of their health care systems with a view to making them more effective and efficient and to preparing for the future. Commissions of inquiry in Quebec, Alberta, Saskatchewan,

Nova Scotia, New Brunswick and Newfoundland, as well as Manitoba's advisory network, have given serious consideration to the future direction of health care programs and have already released reports. Moreover, a Royal Commission of Inquiry chaired by Dr. Robert Evans has been established in British Columbia. In Ontario, a number of task forces have been set up to look into the various features of the health care system. Furthermore, provinces conducting reviews of their health care system have met and shared their visions of health care. The Alberta Commission held a three day conference in April 1989 which was attended by representatives of many provincial committees and commissions. The conference gave participants an opportunity to exchange ideas and share their experiences about many aspects of the health care system.

While commissions and task forces were assigned different mandates all were asked to evaluate innovative approaches to meeting changing health care needs. In New Brunswick, for example, the commission examined ways of keeping costs under control in the three most expensive areas, namely: hospitals, medical care and prescription drugs. Newfoundland's Royal Commission focused its attention on hospital costs. The Commissions in Quebec, Alberta, Saskatchewan, Nova Scotia and British Columbia, along with the Manitoba advisory network, adopted a more global approach to analysing the current state of the health care system in their respective provinces.

B. SUMMARY OF THE PROVINCIAL REPORTS

The reports of the provincial commissions of inquiry and task forces acknowledge a number of facts. First of all, the residents of the provinces enjoy a relatively high level of health care and generally appear to be satisfied with their health care schemes. However, considerable inequities were noted among different population groups within the provinces. In all provinces, various regions do not benefit from the same level of health care services. The reports also raise some concerns about health care human resources, in particular shortages and geographic maldistribution. Mention was made of evolving health care needs and the many challenges which this situation presents. The relationship between the limited nature of the available resources and the virtually unlimited nature of the needs or wants places financial constraints on health care systems. Recourse to costly new technologies, duplication of services by institutions, the fee for service reimbursement scheme and the priority given to the institutional sector further add to the financial burden. All of the reports stress the need to maintain the quality and accessibility to services. However, the view is that changes are warranted if the needs of the population are to be met at the dawn of the 21st century. Of all the solutions advanced in the different reports, mention should be made of the following common recommendations:

1. That more attention be paid to the limits imposed by the traditional medical model which focuses on illness. To do so, the system must be given a new direction. Further emphasis must be placed on health and disease prevention. (New Brunswick, Nova Scotia, Quebec, Alberta, Saskatchewan)
2. That decentralization and regionalization are needed in order to improve the quality of the system and the delivery of service, and thus achieve more effective management. It is recommended that responsibilities and powers be assigned to regional health care agencies and that the services network be adapted to regional needs. Regional health care authorities could be put in charge of planning and managing all health care programs and services within their territory. (New Brunswick, Nova Scotia, Quebec, Alberta, Saskatchewan)
3. That an evaluation and planning process be devised. Some provinces have proposed the creation of a health board responsible for advising the government on provincial health policy and for controlling and evaluating the performance of the health care system. (New Brunswick, Nova Scotia)
4. That the implementation of health care technologies be rationalized. Before being adopted, new technologies should be evaluated in terms of their cost and the benefits they provide. (Nova Scotia, Quebec, Alberta)
5. With a view to improving the geographic distribution of health care workers and to enhancing development planning, that the present and future role of health care professionals be examined thoroughly, that health care human resources levels and geographic distribution be evaluated and that objectives be set with respect to university and college admissions. (Nova Scotia, Quebec, Saskatchewan)
6. That policies be drawn up respecting the number of doctors, their professional and geographic distribution and the type of work they perform. (New Brunswick, Nova Scotia, Quebec) That remuneration schemes be reconsidered and the advisability of establishing a joint remuneration system based on the place of work should be considered. (Nova Scotia, Quebec, Saskatchewan)

7. That steps be taken to encourage the redistribution of institutional care and medical services to community and home care programs. (New Brunswick, Nova Scotia) As such, profitable co-operation and better coordination should be established between the institutional network and community programs. (Nova Scotia, Quebec, Alberta, Saskatchewan)
8. That special strategies be devised for special needs groups such as cultural minorities, immigrants and Aborigines. One proposal, for example, calls for more preventive initiatives and community and home care. (Quebec, Saskatchewan)
9. That the provinces step up their research efforts in terms of policy and health services management, as well as in terms of developing alternative solutions. (New Brunswick, Nova Scotia, Quebec, Alberta)
10. That citizens be better informed so that they know how to access the health care system. They should also be informed about the costs of health services. Some provincial reports recommend that consumers play a more active role in health services planning. (New Brunswick, Quebec, Alberta)
11. In light of the trend to higher health care costs, that funding methods and sources, the budget allocation process and remuneration schemes be reviewed. Some reports recommend that the federal and provincial governments undertake a joint study of the *Established Programs Financing Act* and that the *Canada Health Act* be reviewed. (New Brunswick, Nova Scotia, Quebec)

Quebec has already taken the first steps toward introducing some of these changes in its health care system. Recently, the Quebec government released a White Paper on their health and social services system. The primary focus of the proposed reform is on the citizen. The White Paper contends that citizens should participate in the decision-making process, bear some of the cost of services and receive services geared to their needs and place of residence.¹ Moreover, the report recommends that the *Canada Health Act* be amended so that the Quebec government could charge a services tax on certain supplementary health services.² Furthermore, the Quebec Liberal party is examining other propositions relating to the health care system. The Allaire Commission

¹ Department of Health and Social Services, *Une Réforme Axée sur le Citoyen*, Government of Quebec, 1990, p. 12.

² *Ibid.* p. 88.

recently released a policy paper in which it recommended that Quebec be granted exclusive jurisdiction over health care.³ The Quebec government plans to make public its proposals respecting areas of shared jurisdiction in the coming months.

3 Constitutional Committee of the Liberal Party of Quebec, *A Quebec Free to Choose*, January 28, 1991, pp. 43-45.

COMPUTATION OF ESTABLISHED PROGRAMS FINANCING CONTRIBUTIONS TO THE PROVINCES FOR HEALTH SERVICES

Pursuant to the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977* (EPF), each province receives transfers for hospital insurance, medical services and post-secondary education. Under EPF, the basic transfer payment is computed by taking the average federal contribution in 1975-1976 and adjusting it to an escalator that takes into account a moving average of the rate of growth of GNP per capita.

This appendix provides details on the method used to compute provincial entitlements for health EPF and explains how cash transfers and tax point transfers are obtained.

A. COMPUTATION OF ESTABLISHED PROGRAMS FINANCING TRANSFER PAYMENTS

The total transfer for health services to which each province is entitled is computed as follows:

$$\text{Total EPF contribution payable (health)} = \left[\begin{array}{c} \text{Per capita entitlement for insured health services} \\ + \\ \text{Per capita entitlement for complementary services} \end{array} \right] * \left[\text{Escalator} \right] * \left[\text{Population of the province} \right]$$

The per capita entitlement for insured health services corresponds to the average per capita cost incurred by the federal government for hospital insurance and medical care for the base tax year of 1975-1976; the cost was, at that time, equal to \$144.34 per

capita. The per capita entitlement for complementary services, which has been available since 1977-1978, totalled \$20. Residents of all provinces therefore receive an equal amount for health services.

Federal EPF contributions per capita are adjusted each year using an escalator. This escalator corresponds to a three-year compound moving average of the growth of GNP per capita. The use of a moving average based on the three calendar years preceding the fiscal year during which transfers are paid eases the effects of possible sharp fluctuations in the rate of growth of GNP, thus, the escalator takes into account only the average rate of growth of GNP.

The escalator has been adjusted each time changes have been made to EPF transfers since the mid eighties. For the 1985-1986 fiscal year, the escalator used to compute EPF entitlements corresponded to:

$$\text{the cube root of } \frac{(\text{per capita GNP for 1984})}{(\text{per capita GNP for 1981})}$$

With the passage, in 1986, of Bill C-96, (*An Act to amend the Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post- Secondary Education and Health Contributions Act, 1977*), the escalator was reduced by 2%. For example, for the 1986-1987 fiscal year, the escalator was equal to:

$$\text{the cube root of } \frac{(\text{per capita GNP for 1985})}{(\text{per capita GNP for 1982})} \quad -0.02$$

In fact, the escalator was reduced by 2% from 1986-1987 to 1989-1990. Then, total per capita transfers were frozen at their 1989-1990 level. Thus, the total entitlement of a province increases solely on the basis of an increase in the province's population.

In light of the 1991 federal budget, the freeze on transfers could be extended until 1994-1995. It is also possible that the escalator will subsequently be reduced by 3%. Consequently, for 1995-1996, it could equal:

$$\text{the cube root of } \frac{(\text{per capita GNP for 1994})}{(\text{per capita GNP for 1991})} \quad -0.03$$

The legislative authority for EPF is the *Canada Health Act*. The provinces must meet the criteria and conditions set out in the legislation in order to receive their full EPF entitlement in respect of health services.

B. CASH TRANSFERS AND TAX POINT TRANSFERS

EPF transfers come in two forms: transfers in the form of personal and corporate income tax rebates and transfers in the form of cash contributions.

i) Federal income tax rebates:

Under EPF, the federal government makes tax room available to each province through a tax transfer equal to one corporate and 13.5 personal income tax points. Quebec receives a special abatement of 8.5 personal income tax points. Provinces with a fiscal capacity below the representative standard receive equalization payments so that the after-equalization transfer meets this standard (Quebec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan and British Columbia are the provinces that set the national standard). With respect to health and post-secondary education, tax transfers are allocated as follows: 67.9% for health and 32.1% for post-secondary education.

ii) Cash contributions:

Cash transfers make up the difference between the total EPF entitlement for each province, as calculated on the basis of the escalator, and the value of the tax transfer.

The performance of the Canadian economy affects the amount of the federal contributions to the provinces in two ways: firstly, economic growth is a factor in the calculation of the escalator; and secondly, economic growth has a direct impact on federal revenues, notably revenues from personal and corporate income taxes. An economic slowdown means a lower escalator for computing the total amount of transfers. Moreover, poor economic growth means lower government tax revenues, and hence, smaller tax point transfers.

Federal contributions to provinces according to EPF are presented in the following table.

TABLE
FEDERAL CONTRIBUTIONS FOR HEALTH UNDER ESTABLISHED
PROGRAMS FINANCING
(In Thousands of Dollars)

	NFLD	PEI	NS	NB	PQ	ONT	MAN	SASK	ALTA	BC	NWT	YN	TOTAL
1977-1978													
Tax	41,615	8,869	61,609	50,697	703,968	685,141	75,931	69,136	181,073	216,171	3,328	2,262	2,099,800
Cash	65,143	13,058	102,340	79,914	602,270	993,949	131,009	112,889	204,709	260,071	5,445	2,233	2,573,030
Total	106,758	21,927	163,949	130,611	1,306,238	1,679,090	206,940	182,025	385,782	476,242	8,773	4,495	4,672,830
1978-1979													
Tax	47,209	10,133	69,835	57,668	793,131	766,864	85,778	78,714	213,905	248,320	3,822	2,620	2,377,999
Cash	78,444	16,377	119,329	96,136	655,933	1,153,613	149,276	133,421	242,420	313,176	6,132	2,660	2,966,917
Total	125,653	26,510	189,164	153,804	1,449,064	1,920,477	235,054	212,135	456,325	561,496	9,954	5,280	5,344,916
1979-1980													
Tax	52,824	11,438	79,021	64,985	896,300	867,546	96,605	89,371	262,055	292,005	4,452	2,995	2,719,597
Cash	90,889	19,679	135,961	111,811	723,887	1,303,270	166,215	153,769	289,434	369,001	7,009	3,133	3,374,058
Total	143,713	31,117	214,982	176,796	1,620,187	2,170,816	262,820	243,140	551,489	661,006	11,461	6,128	6,093,655
1980-1981													
Tax	61,204	13,287	91,449	75,249	1,037,681	996,307	110,904	103,817	327,103	350,423	5,263	3,466	3,176,153
Cash	98,726	21,435	147,514	121,384	768,067	1,426,879	178,899	167,465	332,464	412,985	7,377	3,454	3,686,649
Total	159,930	34,722	238,963	196,633	1,805,748	2,423,186	289,803	271,282	659,567	763,408	12,640	6,960	6,862,802
1981-1982													
Tax	69,082	14,908	103,127	84,746	1,170,428	1,131,385	124,886	109,143	394,693	392,346	5,819	3,862	3,604,425
Cash	109,211	23,568	163,032	133,975	851,702	1,577,527	197,430	194,979	385,025	472,216	8,546	3,984	4,121,195
Total	178,293	38,476	266,159	218,721	2,022,130	2,708,912	322,316	304,122	779,718	864,562	14,365	7,846	7,725,620
1982-1983													
Tax	76,762	16,569	115,002	94,369	1,274,055	1,302,238	139,685	121,783	455,899	430,739	7,562	3,721	4,038,384
Cash	123,627	26,681	185,212	151,984	1,009,994	1,770,078	224,963	223,338	361,343	553,089	9,075	4,633	4,644,017
Total	200,389	43,250	300,214	246,353	2,284,049	3,072,316	364,648	345,121	817,242	983,828	16,637	8,354	8,682,401
1983-1984													
Tax	79,507	17,158	118,915	97,684	1,306,136	1,374,877	144,671	119,836	433,090	423,322	8,189	3,850	4,127,035
Cash	142,483	30,747	213,108	175,063	1,202,858	2,026,357	259,267	263,097	471,252	663,738	10,503	4,983	5,463,456
Total	221,990	47,905	332,023	272,747	2,508,994	3,401,234	403,938	382,933	904,342	1,087,060	18,692	8,833	9,590,491
1984-1985													
Tax	86,243	18,848	130,239	106,660	1,422,608	1,540,045	158,972	124,604	455,513	440,291	9,556	3,940	4,497,519
Cash	151,605	33,134	228,943	187,493	1,274,999	2,158,859	279,452	291,132	516,199	743,008	11,262	5,658	5,881,744
Total	237,848	51,982	359,182	294,153	2,697,607	3,698,904	438,424	415,736	971,712	1,183,299	20,818	9,598	10,379,263
1985-1986													
Tax	94,144	20,756	143,481	116,943	1,554,778	1,735,171	175,275	128,769	466,982	468,067	9,724	4,204	4,918,294
Cash	159,552	35,177	243,167	198,191	1,336,959	2,262,886	297,048	318,873	575,548	806,007	13,315	6,228	6,252,951
Total	253,696	55,933	386,648	315,134	2,891,737	3,998,057	472,323	447,642	1,042,530	1,274,074	23,039	10,432	11,171,245
1986-1987													
Tax	102,713	22,887	157,805	128,388	1,707,981	1,948,184	193,595	182,564	454,490	508,818	9,509	4,732	5,421,666
Cash	164,163	36,582	252,217	205,201	1,363,993	2,331,188	309,416	291,788	660,854	847,848	15,020	6,305	6,483,675
Total	266,876	59,469	410,022	333,589	3,071,974	4,279,372	503,011	474,352	1,115,344	1,356,666	24,529	11,037	11,905,341

TABLE (continued)
FEDERAL CONTRIBUTIONS FOR HEALTH UNDER ESTABLISHED
PROGRAMS FINANCING
(In Thousands of Dollars)

	NFLD	PEI	NS	NB	PQ	ONT	MAN	SASK	ALTA	BC	NWT	YN	TOTAL
1987-1988													
Tax	114,275	25,607	176,613	143,282	1,911,189	2,230,585	217,045	204,332	479,894	572,154	10,663	5,046	6,090,665
Cash	164,936	38,959	254,908	206,801	1,328,957	2,323,017	313,265	294,916	688,703	865,431	14,894	6,995	6,499,782
Total	279,211	62,566	431,521	350,083	3,240,146	4,553,582	530,310	499,248	1,168,597	1,437,585	25,557	12,041	12,590,447
1988-1989													
Tax	122,714	27,827	190,726	154,322	2,049,885	2,470,867	234,193	218,811	511,736	627,341	12,085	5,469	6,625,976
Cash	168,689	38,252	262,179	212,138	1,355,779	2,365,029	321,935	300,788	717,079	903,446	14,747	7,511	6,667,572
Total	291,403	66,079	452,905	366,460	3,405,664	4,835,896	556,128	519,599	1,228,815	1,530,787	26,832	12,980	13,293,548
1989-1990													
Tax	131,846	30,117	205,125	166,196	2,222,804	2,662,375	250,786	232,929	563,607	680,157	13,131	5,988	7,165,061
Cash	174,892	39,948	272,094	220,455	1,376,629	2,487,320	332,662	308,974	743,634	964,172	15,605	7,681	6,944,066
Total	306,738	70,065	477,219	386,651	3,599,433	5,149,695	583,448	541,903	1,307,241	1,644,329	28,736	13,669	14,109,127
1990-1991													
Tax	145,198	33,043	225,933	183,436	2,460,663	2,974,994	276,181	253,476	607,047	791,394	13,912	6,258	7,971,535
Cash	163,932	37,307	255,079	207,103	1,187,495	2,274,919	311,812	286,179	725,392	898,136	15,220	7,783	6,370,343
Total	309,130	70,350	481,012	390,539	3,648,158	5,249,913	587,993	539,655	1,332,439	1,689,530	29,132	14,027	14,341,878
1991-1992													
Tax	153,000	35,000	238,000	193,000	2,593,000	3,163,000	292,000	267,000	638,000	841,000	15,000	7,000	8,435,000
Cash	157,000	36,000	246,000	199,000	1,072,000	2,173,000	301,000	275,000	720,000	876,000	14,000	7,000	6,076,000
Total	310,000	71,000	484,000	392,000	3,665,000	5,336,000	593,000	542,000	1,358,000	1,717,000	29,000	14,000	14,511,000
1992-1993													
Tax	163,000	37,000	256,000	207,000	2,779,000	3,412,000	314,000	285,000	688,000	906,000	16,000	7,000	9,070,000
Cash	148,000	34,000	232,000	187,000	911,000	2,011,000	284,000	259,000	694,000	841,000	13,000	7,000	5,621,000
Total	311,000	71,000	488,000	394,000	3,690,000	5,423,000	598,000	544,000	1,382,000	1,747,000	29,000	14,000	14,691,000
1993-1994													
Tax	175,000	40,000	275,000	222,000	2,992,000	3,699,000	338,000	307,000	746,000	980,000	17,000	8,000	9,799,000
Cash	137,000	32,000	216,000	174,000	727,000	1,811,000	265,000	241,000	682,000	801,000	12,000	6,000	5,084,000
Total	312,000	72,000	491,000	396,000	3,719,000	5,510,000	603,000	548,000	1,408,000	1,781,000	29,000	14,000	14,883,000
1994-1995													
Tax	187,000	43,000	296,000	239,000	3,222,000	4,000,000	364,000	330,000	807,000	1,059,000	19,000	8,000	10,575,000
Cash	125,000	29,000	198,000	160,000	526,000	1,594,000	244,000	222,000	627,000	754,000	11,000	5,000	4,495,000
Total	312,000	72,000	494,000	399,000	3,748,000	5,594,000	608,000	552,000	1,434,000	1,813,000	30,000	14,000	15,070,000
1995-1996													
Tax	199,000	46,000	316,000	254,000	3,448,000	4,296,000	390,000	353,000	867,000	1,137,000	20,000	10,000	11,336,000
Cash	123,000	29,000	195,000	157,000	433,000	1,532,000	241,000	218,000	635,000	759,000	10,000	5,000	4,337,000
Total	322,000	75,000	511,000	411,000	3,881,000	5,828,000	631,000	571,000	1,502,000	1,896,000	30,000	15,000	15,673,000

Source: Federal-Provincial Relations Division, Department of Finance, Established Programs Financing
1977-78 to 1987-88: Final Calculation
1988-89: First Interim Adjustment, March 8, 1990
1989-90 to 1990-91: Second Adjustment to Advance, December 11, 1990
1991-92 to 1995-96: Projections prepared by the Department of Finance, April 1991

MINORITY REPORT

The Report on health care deals with a large number of complex issues relating to health care in Canada. While I would concur with many recommendations in the Report, I do dissent with the Report in the following areas:

I. The Majority Report does not adequately deal with the cutback of Established Program Financing funding by the federal government nor with the implications of these cutbacks. It does not document the erosion of EPF by the Liberal Government in the early 1980s with their withdrawal of the revenue guarantee and the introduction of the 6 and 5 program. It does not document that between 1986 and the year 2000, the present federal government will have reduced anticipated transfer payments for health to the provinces and territories by \$62.4 billion. The reduction by the year 2000 will amount to \$10.9 billion a year. These cuts have been well documented by the National Council of Welfare, the Library of Parliament, and the Association of Universities and Colleges in Canada. The implications of this withdrawal of funding for national Medicare are twofold:

- a) The ability of the provinces to provide medical services has been severely crippled. This is particularly true of the smaller and financially weaker provinces. As a direct result of the most recent cutbacks, Newfoundland has been forced to close hospital beds, lay off medical staff, and curtail other medical services. Universal, accessible medical care has been put in jeopardy in several provinces.
- b) Cash transfers under EPF will cease as early as 1996–97 for Quebec and for all other provinces within a few years. Once the federal government makes no cash payments to a province, it *will not be in a position to enforce national standards*. Indeed, the Minister of Health has already conceded that by 1996, Quebec, in regard to Medicare, “will be able to manage as it pleases.” (Hansard, June 11, 1991, p. 1436)

Although the Majority Report indicates that it is feasible for the federal government to withhold other cash transfers to the provinces to enforce national medicare standards, it is inconceivable that within federal–provincial

relationships of today this would be sustained either politically or legally. Three provinces, British Columbia, Alberta and Ontario, receive no equalization payments and the limiting of their cash payments under the Canada Assistance Plan to a 5% annual growth rate has already resulted in a major court challenge.

Without national standards as outlined in the *Canada Health Act*, and without the ability to enforce these standards, there will no longer be a national Medicare system that guarantees all Canadians basic medical care. There could be 12 entirely different programs with different standards, as to universality, accessibility, comprehensiveness, portability and non-profit administration and with various types of user fees and extra billing. One of the fundamental ways Canadians define Canada, particularly as distinct from the U.S., is by our health care system. In Canada, there are no financial barriers to people seeking medical treatment, the system is relatively efficient and widely supported. Canadians move within Canada, on business, holidays and to seek employment, with the knowledge that similar health care standards are met in all provinces and territories. *This promotes a national identity and national unity.* Any changes that would result in the erosion of our national program cannot be supported by myself and will not be supported by Canadians.

The critical recommendation, number one, endorsed by all other Committee members would result in the total renegotiation of Medicare in Canada including renegotiation of “basics of funding under EPF” and renegotiation of “the standards of the *Canada Health Act*”, as well as the renegotiation of “the division of responsibilities between provincial and territorial governments”. Renegotiation opens the door to the provinces for notions such as “disentanglement”, the introduction of user fees or extra billing, and two-tiered health care with U.S.-style private coverage all of which will undoubtedly lead to a dismantling of the national Medicare system Canadians now enjoy.

Although the Committee Report was “to determine the ability of current fiscal arrangements to provide an adequate, stable, yet flexible funding base for a health care system that responds to the needs of Canadians” (see Introduction of Majority Report), the Committee did not really address the question directly. Part of the reason is that the current fiscal arrangements have been changing constantly, due to the federal government’s arbitrary and unilateral reduction in transfer payments to the provinces and territories.

It is my contention that Medicare did have a stable yet flexible funding base which has now been destroyed by the cumulative actions of successive federal governments.

RECOMMENDATIONS:

- 1. That the federal government reaffirm its commitment to a comprehensive national health care program jointly financed by the provinces and territories and the federal government, by restoring the funds it has cut from the Established Programs Financing.**
- 2. That the federal government reaffirm its commitment to the guarantees in the *Canada Health Act* to Canadians for a health care system that is universal, accessible, comprehensive, portable and delivered by public, non-profit means and free of user fees or extra billing by defining these guarantees in regulations that cannot be undermined or ignored by federal, provincial or territorial governments. In addition, that a social charter including health care be made part of the Constitution as the ultimate guarantee to all Canadians.**

II. The other major weakness of the Report is that it does not put enough emphasis on the responsibility of the federal government for health promotion, protection, disease prevention and medical research, both basic and applied. The federal government is better able to provide leadership and to avoid duplication and inefficiencies than are the provinces and territories.

Historically, the federal government has been the major player in these areas and funded most of the activities. The federal roles and responsibilities have been set out in both the Lalonde and Epp Reports. The Majority Report does not adequately document the cuts in federal funding in these areas in recent years. Federal government funding and leadership must be restored and strengthened in health promotion, protection and research if the broader problems now facing our health care system as outlined in the Majority Report are to be solved.

RECOMMENDATION:

- 3. That the federal government reaffirm its major responsibility for health protection and promotion, disease prevention and medical research, by not only restoring budget cuts but significantly increasing program expenditures in these areas.**

Jim Karpoff,
N.D.P. — Surrey North

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the Government table a comprehensive response to this Report.

A copy of the relevant *Minutes of Proceedings and Evidence* of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women (*Issues Nos. 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 52, 53, 54 of the Second Session and Issue No. 1 of the Third Session which includes this Report*) is tabled.

Respectfully submitted,

BOB PORTER

Chairman

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, MAY 21, 1991 (1)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 4:55 o'clock p.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to the Special Order adopted by the House on Friday, May 17, 1991, the Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 5:33 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

WEDNESDAY, MAY 22, 1991 (2)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 8:03 o'clock p.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: John Cole, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to the Special Order adopted by the House on Friday, May 17, 1991, the Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 10:06 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, MAY 23, 1991 (3)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:21 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to the Special Order adopted by the House on Friday, May 17, 1991, the Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 11:41 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, MAY 28, 1991 (4)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:21 o'clock a.m. this day, in Room 307, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Chris Axworthy, Mary Clancy, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Member present: Edna Anderson for Nicole Roy-Arcelin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to the Special Order adopted by the House on Friday, May 17, 1991, the Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

It was agreed, — That Dr. Raisa Deber from the University of Toronto be hired to review the Draft Report on the health care system and its funding and advise the Committee, at a daily rate not exceeding \$599.00, plus the miscellaneous expenses incurred.

At 10:39 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, JUNE 4, 1991 (5)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 3:36 o'clock p.m. this day, in Room 208, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers. *From the University of Toronto:* Dr. Raisa Deber.

Pursuant to the Special Order adopted by the House on Friday, May 17, 1991, the Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 5:46 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

WEDNESDAY, JUNE 5, 1991 (6)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 7:17 o'clock p.m. this day, in Room 208, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: John Cole, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to the Special Order adopted by the House on Friday, May 17, 1991, the Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

At 10:22 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

WEDNESDAY, JUNE 12, 1991(7)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 7:07 o'clock p.m. this day, in Room 208, West Block, the Chairman, Bob Porter, presiding.

Members of the Committee present: John Cole, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter, Stanley Wilbee.

Acting Members present: Jim Karpoff for Chris Axworthy; Rey Pagtakhan for David Dingwall.

Other Member present: Jean-Luc Joncas.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

Pursuant to the Special Order adopted by the House on Friday, May 17, 1991, the Committee resumed consideration of its Draft Report on the health care system in Canada and its funding.

It was agreed, — That the Draft Report, as amended, be concurred in.

It was agreed, — That the said Report be entitled: The Health Care System in Canada and its Funding: No Easy Solutions.

Ordered, — That the Chairman present the said Report to the House.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the Government table a comprehensive response to this Report.

It was agreed, — That the Committee print 3000 copies of this Report, in tumble bilingual format, with a distinctive cover page.

It was agreed, — That the Committee authorize the printing of the dissenting opinion(s) from the Liberal Party and/or the New Democratic Party as an appendix (or appendices) to this Report.

It was agreed, — That the total amount paid by the Committee to Dr. Raisa Deber do not exceed \$2894.00 including travel (Ottawa-Toronto), as stipulated in the contract.

It was agreed, — That the Committee thank the Clerk and the Research Officers for their work and dedication throughout the study.

At 9:24 o'clock p.m., the Committee adjourned.

Clairette Bourque
Clerk of the Committee

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 19 h 07, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (président).

Membres du Comité présents: John Cole, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter et Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Autre député présent: Jean-Luc Joncas.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

Il est convenu, — Que le projet de rapport, tel que modifié, soit adopté.

Il est convenu, — Que le titre du rapport soit: Le régime de soins de santé au Canada et son financement : des choix difficiles.

Il est ordonné, — Que le président présente le rapport à la Chambre.

Il est convenu, — Que, en vertu de l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Il est convenu, — Que le Comité fasse imprimer 3 000 exemplaires du rapport, format tête-bêche, bilingue, avec une page couverture distinctive.

Il est convenu, — Que le Comité autorise l'impression, en annexe, de l'opinion dissidente du Parti libéral ou du Nouveau parti démocratique, ou des deux, selon le cas.

Il est convenu, — Que le total des honoraires versés à Raisa Deber ne dépasse pas 2 894 \$, incluant les frais de voyage (Ottawa-Toronto), selon les termes du contrat.

Il est convenu, — Que le Comité remercie la greffière et les attachées de recherche pour leur travail et leur dévouement tout au long des travaux.

À 21 h 24, la séance est levée.

La greffière du Comité
Clairette Bourque

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 15 h 36, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter et Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque de Toronto: Raïsa Deber. et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 17 h 46, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 19 h 17, dans la salle 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: John Cole, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday, Bob Porter et Stanley Wilbee.

Membres suppléants présents: Jim Karpoff remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 22 h 22, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 21, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday et Bob Porter.
Membres suppléants présents: Jim Karpoft remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.
En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 11 h 41, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 9 h 21, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Chris Axworthy, Mary Clancy, Barbara Greene, Albina Guarnieri, Bruce Halliday, Bob Porter et Stanley Wilbee.

Membre suppléant présent: Edna Anderson remplace Nicole Roy-Arcelin.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

Il est convenu, — Que Raisa Deber de l'Université de Toronto soit engagée pour revoir le projet de rapport et conseiller le Comité, au tarif maximal de 599 \$ par jour, faux frais exclus.

À 10 h 39, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MARDI 21 MAI 1991 (1)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 16 h 55, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday et Bob Porter.

Membres suppléants présents: Jim Karpoft remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 17 h 33, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

LE MERCREDI 22 MAI 1991 (2)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos aujourd'hui à 20 h 03, dans la salle 307 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bob Porter (*président*).

Membres du Comité présents: John Cole, Mary Clancy, Barbara Greene, Bruce Halliday et Bob Porter.

Membres suppléants présents: Jim Karpoft remplace Chris Axworthy; Rey Pagtakhan remplace David Dingwall.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le vendredi 17 mai 1991, le Comité reprend l'étude de son projet de rapport sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

À 22 h 06, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

DEMANDE D'UNE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

En vertu de l'article 109 du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des *Procès-verbaux et témoignages* pertinents du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine (*fascicules nos 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 48, 49, 52, 53, 54 de la deuxième session et le fascicule n° 1 de la troisième session qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,

BOB PORTER

Le gouvernement fédéral a toujours joué un rôle de premier plan dans ces domaines et il finançait la majorité des activités. Son rôle et ses responsabilités ont d'ailleurs été décrits dans les rapports Lalonde et Epp. Le rapport majoritaire n'aborde pas suffisamment les compressions budgétaires faites par le gouvernement fédéral dans ces domaines depuis quelques années. Le gouvernement fédéral doit réaffirmer sa présence au niveau de l'aide financière et du leadership dans les domaines de la promotion et de la protection de la santé ainsi que de la recherche médicale, s'il veut trouver des solutions aux problèmes plus vastes que traverse notre régime de santé.

RECOMMANDATION :

- 3. Que le gouvernement fédéral réaffirme ses obligations importantes dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé, de la prévention de la maladie et de la recherche médicale, non seulement en supprimant les compressions budgétaires, mais en augmentant sensiblement les dépenses de programme dans ces domaines.**

Jim Karpoff
N.P.D. — Surrey—Nord

assurance privée. Or, ce sont tous là des éléments qui contribueront sans aucun doute à démolir le système national d'assurance-santé dont les Canadiens bénéficient à l'heure actuelle.

Bien que le but de l'étude ait été de déterminer dans quelle mesure les modalités fiscales en vigueur permettent d'avoir une base de financement satisfaisante, stable et offrant malgré tout une certaine latitude, pour un système de santé qui réponde aux besoins des Canadiens (voir l'introduction du rapport majoritaire), le Comité n'a pas réellement abordé cette question d'une façon directe. C'est en partie parce que ces modalités fiscales ne cessent de changer à la suite de la décision arbitraire et unilatérale du gouvernement fédéral de réduire les paiements de transfert aux provinces et aux territoires.

J'estime, pour ma part, que le régime d'assurance-santé était stable et souple, mais que l'action cumulative de gouvernements fédéraux successifs l'a privé de ces qualités.

RECOMMANDATIONS :

1. Que le gouvernement fédéral réaffirme son engagement à maintenir un programme national de soins de santé complets, financé conjointement par les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral, en rétablissant les fonds enlevés du régime de Financement des programmes établis.

2. Que le gouvernement fédéral réaffirme son engagement à protéger les garanties offertes aux Canadiens dans la *Loi canadienne sur la santé*, soit d'un système de soins de santé universel, accessible, offrant une protection intégrale, transférable et administré par un régime public sans but lucratif, exempt de frais modérateurs et de surfacturation, en inscrivant ces garanties dans des règlements que le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires devront appliquer intégralement. De plus, qu'une charte sociale incluant les soins de santé soit intégrée à la Constitution en tant que garantie ultime pour les Canadiens.

II. L'autre principale faiblesse du rapport, c'est de ne pas insister suffisamment sur la responsabilité du gouvernement fédéral dans le domaine de la promotion et de la protection de la santé, de la prévention de la maladie et de la recherche médicale fondamentale et appliquée. Le gouvernement fédéral est mieux placé que les provinces et les territoires pour montrer la voie et éviter le double emploi et l'inefficacité.

nationales. Le ministre de la Santé a même reconnu que, d'ici 1996, le Québec pourra gérer davantage son régime d'assurance-maladie (Hansard, 11 juin 1991, p. 1436).

Même si le rapport majoritaire indique que le gouvernement fédéral pourrait très bien priver les provinces d'autres paiements de transfert comme moyen pour faire respecter les normes nationales, il est inconcevable que pareille solution soit acceptable politiquement ou légalement dans le contexte des relations fédérales-provinciales d'aujourd'hui. Trois provinces, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario, ne reçoivent plus de paiements de péréquation et elles contestent devant les tribunaux la décision fédérale de limiter à 5 p. 100 l'augmentation annuelle de leurs paiements comptants en vertu du Régime d'assistance publique du Canada.

En l'absence des normes nationales énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* et sans les moyens pour faire respecter ces normes, nous n'aurons plus de régime national d'assurance-santé garantissant des soins médicaux de base à tous les Canadiens. Nous pourrions nous retrouver avec 12 programmes complètement différents, régis par des normes complètement différentes pour ce qui est de l'universalité, de l'accessibilité, de l'intégrité de la protection, de la transférabilité et de l'administration sans but lucratif, et comportant toutes sortes de frais modérateurs et de frais de surfacturation. Une des caractéristiques par lesquelles nous nous définissons en tant que Canadiens, surtout par rapport aux États-Unis, a trait à notre système de soins de santé. Au Canada, il n'y a pas d'entraves financières à l'obtention des traitements médicaux nécessaires; le système est relativement efficace et il jouit d'une bonne réputation auprès de la population. Les Canadiens se déplacent par affaires, en touristes ou pour trouver du travail, en sachant que les mêmes normes de soins de santé sont appliquées dans toutes les provinces et tous les territoires. *Cette réalité favorise l'identité et l'unité nationale.* Je n'appuierai jamais, et les Canadiens non plus, un changement qui provoquerait la destruction de notre programme national.

La recommandation cruciale, qui a été avalisée par tous les autres membres du Comité, entraînerait la renégociation complète de l'assurance-santé au Canada, y compris la renégociation des éléments mêmes du financement en vertu du FPE, des normes prévues par la *Loi canadienne sur la santé* et du partage des responsabilités entre les provinces et les territoires. Pour les provinces, la renégociation ouvre la porte à des notions comme la désaffiliation, les frais modérateurs, la surfacturation et les régimes de soins à deux échelons comme aux États-Unis où les nantis ont une

RAPPORT MINORITAIRE

Le rapport sur le régime de soins de santé porte sur une grande quantité de problèmes complexes touchant les soins de santé au Canada. Tout en souscrivant à bon nombre des recommandations qui y sont contenues, je m'élève contre le rapport en ce qui a trait aux questions suivantes :

I. Le rapport majoritaire ne traite pas suffisamment des compressions faites par le gouvernement fédéral dans le Financement des programmes établis, ni des conséquences de ces compressions. Il ne dit pas que le gouvernement libéral a provoqué l'érosion du régime du FPE, au début des années quatre-vingt, en supprimant le programme de garantie de recettes et en instituant le régime du 6 et 5 p. 100. Il reste silencieux sur le fait que le gouvernement fédéral actuel aura, entre 1986 et l'an 2000, réduit les paiements de transfert aux provinces et aux territoires de 62,4 milliards de dollars dans le domaine de la santé. D'ici l'an 2000, cette amputation atteindra 10,9 milliards de dollars par année. Les compressions ont été abondamment décrites par le Conseil national du bien-être social, la Bibliothèque du Parlement et l'Association des universités et collèges du Canada. Les conséquences de ces réductions sur le régime national d'assurance médicale sont de deux ordres :

- a) La capacité des provinces de continuer à dispenser des services de santé est gravement compromise, surtout dans le cas des provinces plus petites et moins fortunées. Comme conséquence directe des dernières compressions, Terre-Neuve a été obligée de fermer des lits d'hôpitaux, de mettre à pied du personnel médical et de réduire d'autres services de santé. L'universalité et l'accessibilité des soins de santé sont compromises dans plusieurs provinces.
- b) Les transferts au comptant aux termes du FPE cesseront au Québec dès 1996-1997 et, dans toutes les autres provinces, d'ici quelques années. Lorsque le gouvernement fédéral cessera de faire des transferts au comptant à une province, il ne sera plus en mesure de faire respecter les normes

122

1988-1989 : Premier rajustement provisoire, 8 mars 1990
1989-1990 à 1990-1991 : Deuxième rajustement au calcul des avances, 11 décembre 1990
1991-1992 à 1995-1996 : Prévisions préparées par le ministère des Finances, avril 1991

CONTRIBUTIONS FÉDÉRALES EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LE CADRE DU
FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS

(en milliers de dollars)

T.N.	I.-P.E.	N.-E.	N.-B.	Q.C.	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.B.	T.N.-O.	YUK.	TOTAL
1977-1978	impôt	41,615	8,669	61,609	50,697	703,968	685,141	1,679,090	206,940	75,931	69,136	181,073
	comptant	65,143	13,058	102,340	79,914	602,270	993,949	112,889	204,709	260,071	5,445	2,573,030
	total	106,758	21,927	163,949	130,611	1,306,238	1,679,090	206,940	182,025	385,782	4,773	4,672,830
1978-1979	impôt	47,209	10,133	69,835	57,668	793,131	766,864	85,778	78,714	213,905	248,320	3,822
	comptant	78,444	16,377	119,329	96,136	655,933	1,153,613	149,276	133,421	242,420	313,176	6,132
	total	125,653	26,510	189,164	153,804	1,449,064	1,920,477	235,054	212,135	456,325	561,496	9,954
1979-1980	impôt	52,824	11,438	79,021	64,985	896,300	867,546	96,605	89,371	262,055	292,005	4,452
	comptant	90,889	19,679	135,961	111,811	723,887	1,303,270	166,215	153,769	289,434	369,001	7,009
	total	143,713	31,117	214,982	176,796	1,620,187	2,170,816	262,820	243,140	551,489	661,006	11,461
1980-1981	impôt	61,204	13,287	91,449	75,249	1,037,681	996,307	110,904	103,817	327,103	350,423	5,263
	comptant	98,726	21,435	147,514	121,384	768,067	1,426,879	178,999	167,465	332,464	412,985	7,377
	total	159,930	34,722	238,963	196,633	1,805,748	2,423,186	289,803	271,282	659,567	763,408	12,640
1981-1982	impôt	69,082	14,908	103,127	84,746	1,170,428	1,131,385	124,886	109,143	394,693	392,346	5,819
	comptant	109,211	23,568	163,032	133,975	851,702	1,577,527	197,430	194,979	385,025	472,216	8,546
	total	178,293	38,476	266,159	218,721	2,022,130	2,708,912	322,316	304,122	779,718	864,562	14,365
1982-1983	impôt	76,762	16,569	115,002	94,369	1,274,055	1,302,238	139,685	121,783	455,899	430,739	7,562
	comptant	123,627	26,681	185,212	151,984	1,009,994	1,770,078	224,963	223,338	361,343	553,089	9,075
	total	200,389	43,250	300,214	246,353	2,284,049	3,072,316	364,648	345,121	817,242	983,828	16,637
1983-1984	impôt	79,507	17,158	118,915	97,684	1,306,136	1,374,877	144,671	119,836	433,090	423,322	8,189
	comptant	142,483	30,747	213,108	175,063	1,202,858	2,026,357	259,267	263,097	471,252	663,738	10,503
	total	221,990	47,905	332,023	272,747	2,508,994	3,401,234	403,938	382,933	904,342	1,087,060	18,692
1984-1985	impôt	86,243	18,848	130,239	106,660	1,422,608	1,540,045	158,972	124,604	455,513	440,291	9,556
	comptant	151,605	33,134	228,943	187,493	1,274,999	2,158,859	279,452	291,132	516,199	743,008	11,262
	total	237,848	51,982	359,182	294,153	2,697,607	3,698,904	438,424	415,736	971,712	1,183,299	20,818
1985-1986	impôt	94,144	20,756	143,481	116,943	1,554,778	1,735,171	175,275	128,769	466,982	468,067	9,724
	comptant	159,552	35,177	243,167	198,191	1,336,959	2,262,886	297,048	318,873	575,548	806,007	13,315
	total	253,696	55,933	386,648	315,134	2,891,737	3,998,057	472,323	447,642	1,042,530	1,274,074	23,039
1986-1987	impôt	102,713	22,887	157,805	128,388	1,707,981	1,948,184	193,595	182,564	454,490	508,818	9,509
	comptant	164,163	36,582	252,217	205,201	1,363,093	2,331,188	309,416	291,788	660,854	847,848	15,020
	total	266,876	59,469	410,022	333,589	3,071,074	4,279,372	503,011	474,352	1,115,344	1,356,666	24,529
1987-1988	impôt	102,713	22,887	157,805	128,388	1,707,981	1,948,184	193,595	182,564	454,490	508,818	9,509
	comptant	164,163	36,582	252,217	205,201	1,363,093	2,331,188	309,416	291,788	660,854	847,848	15,020
	total	266,876	59,469	410,022	333,589	3,071,074	4,279,372	503,011	474,352	1,115,344	1,356,666	24,529

influence directement sur les recettes fédérales, notamment les recettes tirées de l'impôt sur le revenu des particuliers et de l'impôt sur les sociétés. Ainsi, lorsqu'il y a ralentissement économique, le facteur de progression servant à ajuster le montant total des transferts est moindre. En outre, une croissance économique faible affecte à la baisse les revenus que le gouvernement tire des impôts; il en résulte un montant plus faible des transferts totaux de points d'impôt.

Les droits versés aux provinces dans le cadre du FPE sont présentés au tableau suivant.

Compte tenu du budget fédéral de 1991, ce gel des transferts pourrait se poursuivre jusqu'en 1994-1995. Il se pourrait également que le facteur de progression soit par la suite diminué de 3 % et, conséquemment, devienne égal pour l'exercice 1995-1996 à :

$$\frac{(\text{PNB/habitant de 1994})}{(\text{PNB/habitant de 1991})} - 0.03$$

la racine cubique de

Le FPE est autorisé par la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces sont tenues de respecter les critères et conditions de cette loi afin de percevoir la totalité des droits en matière de santé.

B. TRANSFERTS AU COMPTANT ET TRANSFERTS EN POINTS D'IMPÔT

Les transferts du FPE regroupent deux composantes : d'une part, un transfert sous forme d'une réduction des impôts sur le revenu des particuliers et des sociétés et, d'autre part, une contribution au comptant.

i) Réduction de l'impôt fédéral sur le revenu :

En vertu du FPE, le gouvernement fédéral accorde à chaque province un espace fiscal correspondant à des réductions de 1 point de l'impôt fédéral sur le revenu des sociétés et de 13,5 points de l'impôt de base sur le revenu des particuliers. Le Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers. Les provinces dont le potentiel fiscal est inférieur à la norme représentative reçoivent des paiements de péréquation afin que le transfert après péréquation soit égal à cette norme (les provinces constituant la norme sont le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique). Le transfert en impôts est réparti entre la santé et l'enseignement postsecondaire dans les proportions de 67,9 % et 32,1 % respectivement.

ii) Contribution au comptant :

Le transfert au comptant correspond à la différence entre le total des droits de chaque province en matière de FPE, calculés à partir du facteur de progression, et la valeur du transfert fiscal.

La performance de l'économie canadienne influe de deux façons sur le montant des contributions que le gouvernement fédéral peut verser aux provinces : d'une part, la croissance économique entre dans le calcul du facteur de progression; d'autre part, elle

1975-1976, ce coût s'élevait alors à 144,34 \$ par habitant. Les droits par habitant pour les services complémentaires de santé, qui sont offerts depuis 1977-1978, atteignaient alors 20 \$. Les citoyens de toutes les provinces reçoivent donc un montant égal pour les services de santé.

Les contributions fédérales par habitant versées au titre du FPE sont rajustées chaque année par un facteur de progression. Ce facteur de progression correspond à une moyenne mobile composée, sur trois ans, de l'accroissement du PNB par habitant. L'utilisation d'une moyenne mobile basée sur les trois années civiles précédant l'exercice financier durant lequel les paiements de transfert sont effectués permet d'atténuer les fluctuations trop brusques qui pourraient survenir dans l'évolution du PNB; le facteur de progression ne retient donc que l'évolution moyenne.

Le facteur de progression a été touché lors des modifications apportées aux transferts du FPE depuis le milieu des années quatre-vingt. Pour l'exercice financier 1985-1986, le facteur de progression utilisé dans le calcul des droits au titre du FPE correspondait à :

$$\text{la racine cubique de } \frac{(\text{PNB/habitant de 1984})}{(\text{PNB/habitant de 1981})}$$

En raison de l'adoption, en 1986, du projet de loi C-96, (*Loi modifiant la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*) le facteur de progression a été diminué de 2 %. Par exemple, pour l'exercice financier 1986-1987, le facteur de progression était égal à :

$$\text{la racine cubique de } \frac{(\text{PNB/habitant de 1985})}{(\text{PNB/habitant de 1982})} - 0.02$$

En fait, le facteur de progression a été diminué de 2 % de l'exercice 1986-1987 jusqu'à l'exercice 1989-1990. Après cette période, les transferts totaux par habitant ont été gelés à leur niveau de 1989-1990. Le montant total des paiements de transfert versés à chaque province augmente donc uniquement lorsque la population de la province s'accroît.

CALCUL DES CONTRIBUTIONS VERSÉES AUX
PROVINCES AU TITRE DE LA SANTÉ EN VERTU DU
FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS

Aux termes de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé (FPE), chaque province reçoit un transfert pour l'assurance-hospitalisation, l'assurance-maladie et l'enseignement moyenne accordée par le gouvernement fédéral en 1975-1976 et ajusté à un facteur de progression qui tient compte d'une moyenne mobile du taux de croissance du PNB par habitant. Cette annexe donne les détails sur la méthode de calcul utilisée pour évaluer les droits des provinces au titre du FPE dans le domaine de la santé et explique comment les transferts au comptant et en points d'impôt sont obtenus.

A. CALCUL DES TRANSFERTS AU TITRE DU FPE

La valeur totale des transferts dans le cadre du FPE auxquels chaque province a droit au titre de la santé est calculée comme suit :

$$\text{Contribution totale versée en vertu du FPE (santé)} = \left[\begin{array}{l} \text{Droits par habitant pour les services assurés} \\ + \\ \text{Droit par habitant pour les services complémentaires} \end{array} \right] * \left[\begin{array}{l} \text{Facteur de progression} \end{array} \right] * \left[\begin{array}{l} \text{Population de la province} \end{array} \right]$$

Les droits par habitant pour les services de santé assurés correspondent au coût moyen per capita encouru par le gouvernement fédéral dans le cadre des programmes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie pour l'exercice financier de base

entreprennent ensemble une étude de la *Loi sur le financement des programmes établis* et que l'on revoie la *Loi canadienne sur la santé*. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Québec)

Le Québec a déjà entrepris une des premières étapes visant à introduire certains de ces changements dans son réseau de soins de santé. Le gouvernement du Québec a dernièrement publié un Livre blanc sur la réforme du système de la santé et des services sociaux. La réforme proposée est principalement axée sur le citoyen. À cet égard, le Livre blanc soutient que le citoyen devrait participer au processus décisionnel, assumer une partie du coût des services et recevoir des services adaptés à ses besoins et le plus près possible de son milieu de vie¹. En outre, le rapport demande que la *Loi canadienne sur la santé* soit modifiée afin que le gouvernement du Québec puisse instaurer un impôt-services sur certains services complémentaires de santé². Par ailleurs, le Parti libéral du Québec examine d'autres propositions en matière de santé. En effet, la Commission Allaire a récemment publié un document d'orientation politique dans lequel il est notamment recommandé que le Québec possède l'autorité exclusive dans le domaine de la santé³. Le gouvernement du Québec rendra publiques ses orientations en matière de partage des compétences au cours des prochains mois.

- 1 Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Une Réforme Axée sur le Citoyen*, Gouvernement du Québec, 1990, p. 12.
- 2 *Idem*, p. 88.
- 3 Comité constitutionnel du Parti libéral du Québec, *Un Québec libre de ses choix*, 28 janvier 1991, p. 43-45.

dans le domaine de la santé, d'évaluer leurs effets et leur distribution géographique et d'établir des objectifs quant au niveau des admissions collégiales et universitaires. (Nouvelle-Ecosse, Québec, Saskatchewan)

6. Il y a lieu d'établir des politiques relatives au nombre de médecins, à leur répartition professionnelle et géographique, ainsi qu'à leur utilisation. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Ecosse, Québec) En outre, il faudrait repenser leurs modes de rémunération et envisager l'opportunité de mettre sur pied un système mixte de rémunération basé selon le lieu de profession. (Nouvelle-Ecosse, Québec, Saskatchewan)

7. Il faut encourager une redistribution des ressources destinées aux soins hospitaliers et aux services médicaux vers des programmes communautaires et de soins à domicile. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Ecosse) En outre, il est nécessaire d'établir une collaboration profitable et équitable et une meilleure coordination entre le réseau institutionnel et les ressources communautaires. (Nouvelle-Ecosse, Québec, Alberta, Saskatchewan)

8. Il faudrait élaborer des stratégies particulières à l'égard des groupes ayant des besoins spéciaux tels que les minorités culturelles, les immigrants et les autochtones. On suggère par exemple une intensification des activités préventives et des soins communautaires et à domicile. (Québec, Saskatchewan)

9. Les provinces doivent accentuer leurs efforts de recherche, tant au niveau de la politique et de la gestion des services de santé que de l'analyse de solutions de rechange. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Ecosse, Québec, Alberta)

10. Les citoyens devraient être mieux informés de façon à faciliter leur accès au réseau de soins de santé; ils devraient également recevoir l'information sur les coûts des services de santé. On recommande, dans certaines provinces, que les consommateurs jouent un rôle plus actif dans la planification des services de santé. (Nouveau-Brunswick, Québec, Alberta, Saskatchewan)

11. Devant la tendance à la hausse des coûts des soins de santé, il y a lieu de revoir les modes et les sources de financement, le processus d'allocation des budgets et le paiement des ressources. Dans certains rapports, il est recommandé que les gouvernements fédéral et des provinces

se trouve accentué notamment par le recours aux technologies nouvelles dispendieuses, le chevauchement des services entre les établissements, le remboursement des honoraires médicaux à l'acte et l'importance accordée au secteur institutionnel. Tous les rapports insistent sur la nécessité de préserver la qualité et l'accessibilité des services. Toutefois, on croit que des modifications s'imposent si l'on veut être en mesure de répondre aux besoins de la population à l'aube du 21^e siècle. Parmi les solutions proposées dans les différents rapports, il convient de mentionner les recommandations communes suivantes :

1. Il faut porter une attention accrue aux limites du modèle médical traditionnel qui met l'accent sur la maladie. Pour ce faire, le système doit être réorienté. Ainsi, il faut souligner d'avantage la promotion de la santé et la prévention des maladies. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Ecosse, Québec, Alberta, Saskatchewan)

2. Une décentralisation et un processus de régionalisation sont nécessaires pour améliorer la qualité du réseau et la prestation des services, et donc parvenir à une gestion plus efficace. On suggère ainsi de déléguer des responsabilités et des pouvoirs à des organismes régionaux sanitaires et d'adapter le réseau des services aux besoins régionaux. Les autorités régionales sanitaires pourraient être chargées de la planification et de la gestion de tous les services et programmes de santé offerts sur leur territoire. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Ecosse, Québec, Alberta, Saskatchewan)

3. Un processus d'évaluation et de planification doit être mis sur pied. À cet égard, on recommande dans certaines provinces de créer un conseil de la santé chargé de conseiller le gouvernement au sujet de la politique provinciale de la santé et de contrôler et évaluer le rendement du réseau de soins de santé. (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Ecosse)

4. Il faut rationaliser la mise en application des technologies en matière de santé. Ainsi, les techniques nouvelles devraient faire l'objet d'une évaluation quant à leurs coûts et leurs avantages avant d'être adoptées. (Nouvelle-Ecosse, Québec)

5. Afin d'améliorer la répartition géographique et de mieux planifier le développement de la main-d'œuvre sanitaire, on recommande d'examiner en profondeur le rôle présent et futur des ressources humaines

l'avenir. Les commissions d'enquête du Québec, de l'Alberta, de la Saskatchewan, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve, ainsi que le réseau consultatif du Manitoba, ont examiné sérieusement l'orientation future de leurs programmes de soins de santé et ont déjà publié des rapports. En outre, une commission royale d'enquête, présidée par Robert Evans, a été mise sur pied en Colombie-Britannique. En Ontario, plusieurs groupes de travail ont été mis sur pied pour analyser des aspects variés du régime de soins de santé. Par ailleurs, les provinces impliquées dans l'examen de leur système de santé se sont également rencontrées et ont partagé leur vision entre elles. En effet, la Commission albertaine a tenu, en avril 1989, une conférence de trois jours qui a réuni les représentants de nombreux comités et commissions des provinces. Cette conférence leur a permis d'échanger leurs idées et de partager leur expérience relativement à des aspects multiples du système de soins de santé.

Afin d'évaluer des approches innovatrices pour répondre aux besoins changeants de soins de santé, des mandats variés ont été confiés aux commissions et groupes de travail. Au Nouveau-Brunswick, par exemple, la commission s'est penchée sur les moyens de contrôler le coût des soins de santé dans les trois secteurs les plus coûteux : les hôpitaux, les soins médicaux et les médicaments d'ordonnance. De son côté, la commission royale de Terre-Neuve s'est intéressée aux coûts relatifs aux hôpitaux et aux maisons de santé. C'est dans une perspective plus globale que les commissions du Québec, de l'Alberta, de la Saskatchewan, de la Nouvelle-Écosse, de la Colombie-Britannique et le réseau consultatif du Manitoba ont entrepris d'analyser l'état actuel de leurs régimes respectifs de soins de santé.

B. SOMMAIRE DES RAPPORTS PROVINCIAUX

Les rapports des commissions et groupes de travail des provinces font plusieurs constats. Tout d'abord, les citoyens des provinces jouissent d'un niveau de santé relativement élevé, si on le compare à celui des habitants d'autres pays, et semblent généralement satisfaits de leur réseau de soins de santé. Cependant, on dénombre dans les provinces d'importantes inégalités dans l'état de santé de différents groupes de la population. On retrouve, dans toutes les provinces, des régions moins bien desservies. Les rapports soulèvent certaines préoccupations quant à la main-d'œuvre sanitaire, notamment la pénurie de personnel dans certains domaines et la mauvaise répartition géographique. On mentionne que les besoins en matière de santé sont en évolution et posent de nombreux défis. L'interaction entre le caractère limité des ressources disponibles et le caractère presque illimité des besoins ou des demandes impose des contraintes financières aux régimes de soins de santé. Ce fardeau financier

En vertu de la Constitution, la prestation des services de santé incombe principalement aux gouvernements des provinces et des territoires. Bien que chaque régime provincial d'assurance-santé doive se conformer aux critères et conditions énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces ont pu développer au cours des années des réseaux de soins de santé qui tiennent compte de leurs particularités. À l'heure actuelle, les systèmes provinciaux de santé sont de style et de nature variés.

En dépit de leur singularité, les régimes de soins de santé des provinces font face aux mêmes défis. De façon générale, les ministères provinciaux de la santé sont fortement préoccupés par les dépenses de santé. Dans toutes les provinces canadiennes, les dépenses au titre de la santé accaparent des sommes très importantes; à l'heure actuelle, elles représentent environ le tiers des budgets provinciaux et territoriaux. Vraisemblablement, ces dépenses vont continuer d'augmenter en raison de facteurs tels que le vieillissement de la population, le SIDA, le développement de technologies nouvelles, l'augmentation des salaires des ressources humaines et l'accroissement des coûts en institution. Les provinces portent également une attention accrue aux limites du modèle médical traditionnel qui, dit-on, met l'accent sur la maladie plutôt que sur la santé. Elles s'interrogent aussi sur les modes actuels de financement ainsi que sur le rôle et la répartition des divers professionnels de la santé.

Afin de trouver des solutions permettant de relever les défis du siècle prochain dans le secteur de la santé, les provinces ont mis sur pied différentes commissions d'enquête ou groupes de travail. Les sections suivantes décrivent les mandats des commissions et groupes de travail et présentent une brève liste des principales recommandations.

A. LE MANDAT DES COMMISSIONS D'ENQUÊTE PROVINCIALES ET DES GROUPES DE TRAVAIL

Le nombre de commissions d'enquête et d'étude sur les soins de santé annoncées par les provinces ces dernières années témoigne de leur volonté d'examiner toutes les facettes de leur système dans le but d'en accroître l'efficacité et de préparer

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
Manga, Pran (Université d'Ottawa)
McMurtry, Dr Robert Y. (Université de Calgary)
Molloy, Dr D.W. et Virginia Mephram
Naylor, Dr David (Université de Toronto)
Nurse Practitioners Association of Ontario
Organisation nationale anti-pauvreté
Reich, Dr Carl J. (Calgary, Alberta)
Ujimoto, K. Victor (Université de Guelph)

LISTE DES PARTICULIERS ET DES ORGANISMES QUI ONT SOUMIS UN DOCUMENT AUTRE QU'UN MÉMOIRE

Alliance canadienne pour la recherche sur la schizophrénie
Association canadienne des ergothérapeutes
Association canadienne des fabricants de médicaments non-ordonnés
Association chiropratique canadienne
Association de médecine chinoise et d'acupuncture du Canada
Association médicale canadienne
Canadian Co-Operative Association
Canadian Holistic Medical Association
Capital Regional District Care Programs (Victoria, C.-B.)
Community Health Co-operative Federation of Saskatchewan
Conseil canadien de protection des animaux
Conseil consultatif national sur le troisième âge
Contandriopoulos, André-Pierre (Université de Montréal)
Fédération canadienne de démographie
Fédération canadienne des sociétés de biologie
Friends of Schizophrenics, Ottawa-Carleton
Fulton, Jane (Université d'Ottawa)

Baycrest Centre for Geriatric Care
 Beiser, Dr Morton (Université de la Colombie-Britannique)
Canadian Co-Operative Association
 Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail
 Chappell, Neena (Université du Manitoba)
 Coalition canadienne de la santé
Community Health Co-Operative Federation of Saskatchewan
 Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme
 Conseil consultatif national sur le troisième âge
 Conseil national des autochtones du Canada
 Corporation professionnelle des acupuncteurs du Québec Inc.
 Fédération canadienne des sociétés de biologie
 Fulton, Jane (Université d'Ottawa)
 Fyke, Kenneth J. (*Greater Victoria Hospital Society*)
 Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
 Institut canadien de la santé infantile
 Institut pour l'établissement de santé de l'avenir
 Ley, Dr Dorothy (Beaverton, Ontario)
 Norton, James A. (*Foster Higgins*)
Nurse Practitioners Association of Ontario
 Société canadienne des pharmaciens d'hôpitaux
 Toronto métropolitain, Département des Services communautaires de la municipalité
 Ujimoto, K. Victor (Université de Guelph)
Workers' Compensation Commission of Newfoundland and Labrador

LISTE DES PARTICULIERS ET DES ORGANISMES QUI ONT SOUMIS UN MÉMOIRE

Association canadienne de physiothérapie

Association canadienne des diététistes

Association canadienne des ergothérapeutes

Association canadienne des hôpitaux d'enseignement

Association canadienne des infirmières et infirmiers auxiliaires

Association canadienne des optométristes

Association canadienne des travailleurs sociaux

Association canadienne pour la santé mentale

Association chiropratique canadienne

Association de médecine chinoise et d'acupuncture du Canada

Association des citoyens avertis pour la médecine préventive

Association des consommateurs du Canada

Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec

Association des hôpitaux du Canada

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Association des psychiatres du Canada

Association médicale canadienne

Association pharmaceutique canadienne (2 mémoires)

FASCICULE N°	DATE	Partners in Research
49	11 décembre 1990	Bessie Borwein, doyen adjoint (Recherche), Université de Western Ontario; Mark Bisby, chercheur, Département de physiologie, Université Queen's; Ronald G. Calhoun, directeur administratif.
45	8 novembre 1990	*Psutka, D^r Dennis (Université McMaster)
53	22 janvier 1991	*Rachlis, D^r Michael
11	12 décembre 1989	Santé nationale et Bien-être social, ministre de la L'honorable Perrin Beatty, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social;
10	28 novembre 1989	D ^r Peter Glynn, sous-ministre adjoint, Direction générale des services et de la promotion de la santé, et sous- ministre adjoint intérimaire, Direction générale des programmes de service social;
12	19 décembre 1989	D ^r Gillian Lynch, sous-ministre adjoint intérimaire, Direction générale des services médicaux;
11	12 décembre 1989	E. Michael Murphy, secrétaire, Etude de l'évolution démographique et de son incidence sur la politique économique
14	30 janvier 1990	et sociale;
10	28 novembre 1989	Marie Fortier, directrice générale, Direction des services de la santé;
12	19 décembre 1989	Jim Moore, directeur général, Transfert des programmes, politique et planification, Direction générale des services médicaux;
12	19 décembre 1989	Ed Tupper, directeur général, Direction de la santé des fonctionnaires fédéraux, Direction générale des services médicaux.
18	8 mars 1990	*Ujimoto, K. Victor (Université de Guelph)
*a comparu à titre personnel		

FASCICULE N°	DATE	
52	21 janvier 1991	*Gilmore, D' Norbert (Université McGill)
18	8 mars 1990	Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada Dr Helen Mussallam, présidente; Donna Roe, directrice générale nationale;
		Cathy Bonnah, coordonnatrice nationale pour une meilleure participation des aînés; Mary Buzzell, directrice du développement en éducation, Hamilton-Wentworth.
17	20 février 1990	Institut canadien de la santé infantile Daniel H. Drown, président; Denise Avar, vice-présidente à la recherche.
46	22 novembre 1990	*Jones, D' Barry (Hôpital Royal d'Ottawa)
52	21 janvier 1991	*Lavoie, Joe N. (<i>Care Med International</i>)
16	13 février 1990	*Ley, D' Dorothy (présidente du Comité des soins de santé pour les personnes âgées de l'Association médicale canadienne)
52	21 janvier 1991	*Lomas, Jonathan (Université McMaster)
52	21 janvier 1991	*Marmor, Theodore R. (Université Yale)
21	22 mars 1990	*McMurtry, D' Robert Y. (Université de Calgary)
53	22 janvier 1991	*Mephram, Virginia
53	22 janvier 1991	*Molloy, D' D.W. (Université McMaster)
48	10 décembre 1990	*Mustard, D' Fraser (Institut canadien de recherches avancées)
43	1 ^{er} novembre 1990	*Naylor, D' David (Université de Toronto)
41	23 octobre 1990	Nurse Practitioners Association of Ontario Wendy Goodine, présidente; Carolyn Davies, présidente élue.

FASCICULE N°	DATE	
22	27 mars 1990	Coalition canadienne de la santé Kathleen Connors, vice-présidente et présidente de la Fédération nationale des syndicats d'infirmières et d'infirmiers; Pamela FitzGerald, coordonnatrice administrative.
53	22 janvier 1991	Conseil canadien de protection des animaux Harry Rowsell, directeur administratif.
22	27 mars 1990	Conseil consultatif canadien de la situation de la femme (CCCSF) Glenda P. Simms, présidente; Eliane Silverman, directrice de la recherche.
15	6 février 1990	Conseil consultatif national sur le troisième âge Susan Fletcher, directrice; Joel Aldred, membre du Conseil consultatif de l'Ontario sur le troisième âge; Judith Strickman, chef, Recherche et développement des politiques.
19	13 mars 1990	Conseil national des autochtones du Canada Christopher McCormick, porte-parole national; Dorothy McCue, coordonnatrice de la santé.
23	3 avril 1990	*Contandriopoulos, André-Pierre (Université de Montréal)
53	22 janvier 1991	*Courchene, Thomas (Université Queen's)
53	22 janvier 1991	Fédération canadienne des sociétés de biologie Kevin M.W. Keough, président; Diane Finegood, présidente, Comité sur l'expérimentation animale.
15	6 février 1990	*Fulton, Jane (Université d'Ottawa)
13	23 janvier 1990	*Fyke, Kenneth J. (Greater Victoria Hospital Society)

FASCICULE N°	DATE	
39	11 octobre 1990	Association des psychiatres du Canada Dr Pierre Beauséjour, secrétaire; Dr Marie-France Rivard, conseillère en psychiatrie pour les personnes âgées, Hôpital Royal d'Ottawa.
36	12 juin 1990	Association médicale canadienne Dr Marcien Fournier, président; Dr William J. Vail, président du Comité de planification des effectifs de médecins; Dr Jack O'Hashi, membre du Comité des disciplines paramédicales; Dr Peter K. Fraser, membre du Comité spécial sur la responsabilité professionnelle; Dr Léo-Paul Landry, secrétaire général.
36	12 juin 1990	Association pharmaceutique canadienne Leroy Fevang, directeur général; Dr Jeff Poston, directeur de la recherche.
42	25 octobre 1990	Baycrest Centre for Geriatric Care Sandra Leggat, directrice de la planification; Sam Ruth, consultant.
52	21 janvier 1991	*Bergner, Dr Philip B. (Université de Toronto)
20	20 mars 1990	Canadian Co-Operative Association Lynden Hillier, directeur administratif; Thomas E. Marwick, directeur administratif, <i>Regina Community Clinic</i> .
53	22 janvier 1991	*Capretta, Rosalie (Université McMaster)
35	5 juin 1990	*Castonguay, Claude (ex-ministre de la Santé, de la Famille et du Bien-être social (1970-1971) et ex-ministre des Affaires sociales (1971-1973) du Québec)
27	1er mai 1990	Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail Maureen Shaw, présidente du Conseil des gouverneurs.

FASCICULE N°	DATE	
30	10 mai 1990	Association canadienne des travailleurs sociaux Gail McDougall, présidente; Kim Clare, présidente du Comité de politique sociale; Sandy Campbell, présidente, Section <i>Mid-Western</i> de l'Association des travailleurs sociaux professionnels de l'Ontario.
44	6 novembre 1990	Association canadienne pour la santé mentale Mary D. Oordt, présidente nationale; Craig Hurst, membre du conseil d'administration; Edward J. Pennington, directeur général; Bonnie Pape, directrice du programme.
40	18 octobre 1990	Association chiropratique canadienne Dr John Cochran, président; Dr Greg Dunn, deuxième vice-président.
42	25 octobre 1990	Association des citoyens avertis pour la médecine préventive Ronald Dugas, président; Ken Basham, vice-président.
23	3 avril 1990	Association des consommateurs du Canada Jean Jones, présidente du Conseil de la santé; Rachel Dalzell, membre du conseil d'administration et du Conseil de la santé.
16	13 février 1990	Association des coordonnateurs(trices) des hôpitaux de jour du Québec Marielle Delaney, vice-présidente.
38	9 octobre 1990	Association des hôpitaux du Canada Carol Clemenhagen, présidente et directrice administrative; Elma Heidemann, présidente du conseil d'administration.
30	10 mai 1990	Association des infirmières et infirmiers du Canada Judith Ritchie, présidente; Judith A. Oulton, directrice administrative.

LISTE DES TÉMOINS

FASCICULE N°	DATE
--------------	------

53

22 janvier 1991

Association canadienne de l'industrie du médicament

L'honorable Judith Erola, C.P., présidente;

Gordon Postlewaite, directeur des Affaires

universitaires et scientifiques et

directeur administratif de la Fondation

pour la recherche en sciences de la

santé de l'ACIM.

Association canadienne de physiothérapie

Nancy Plews, présidente;

Brenda Myers, directrice administrative.

Association canadienne des diététistes

Shirley Power, présidente;

Bretta Maloff, directrice, Secteur

alimentation, *Calgary Health Services*;

Marsha Sharp, directrice administrative.

Association canadienne des ergothérapeutes

Thelma Gill, présidente;

Jacqueline McGarry, présidente élue;

Margaret Brockett, directrice

administrative.

Association canadienne des hôpitaux

d'enseignement

D^r Finlay McKerracher, secrétaire-trésorier.

26 avril 1990

26

Association canadienne des optométristes

D^r Thomas L. Adamack, président;

D^r Margaret Hansen-des Grosseilliers,

secrétaire-trésorière;

D^r M.E. Woodruff, consultant;

Gérard Lambert, directeur administratif.

10 avril 1990

24

système de forfait par patient : mode de rémunération des médecins et d'autres professionnels de la santé qui consiste à leur verser régulièrement (généralement une fois par an) une somme négociée pour une vaste gamme de services fournis à une population précise, somme qui est calculée en fonction du nombre de patients, de leur âge et de leur sexe.

taux de morbidité : nombre de sujets atteints d'une maladie au sein d'une population de 1000 personnes pendant une période déterminée.

taux de mortalité : nombre de décès au sein d'une population de 1000 personnes pendant une période déterminée.

traitement électif : traitement facultatif ou non urgent.

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : organisation qui encourage la coopération et le développement économiques dans les 24 pays suivants : Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Italie, Japon, Luxembourg, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Portugal, République fédérale d'Allemagne, Royaume-Uni, Suède, Suisse et Turquie.

Organisation de préservation de la santé : organisation de soins de santé qui agit à la fois comme assureur et comme dispensateur d'une vaste gamme de services médicaux bien définis. Un groupe précis de médecins fournit des services à des personnes qui se sont inscrites volontairement moyennant le versement d'une somme forfaitaire.

personnes âgées : personnes de 65 ans et plus.

personnes âgées fragiles : on désigne souvent les personnes âgées de 85 ans et plus sous le nom de «personnes âgées fragiles» parce que ce groupe a tendance à avoir besoin de plus de soins que le groupe des gens âgés entre 65 et 84 ans.

produit intérieur brut (PIB) : correspond à la valeur des biens et services produits sur le territoire canadien au cours d'une année, que les facteurs de production soient des résidents ou des non-résidents.

produit national brut (PNB) : correspond à la valeur marchande des biens et services produits au cours d'une année par les facteurs canadiens de production (c.-à-d. par des résidents).

rémunération à l'acte : mode de rémunération en vertu duquel un professionnel de la santé reçoit un certain montant pour chaque acte ou service fourni selon un barème d'honoraires; il s'agit là du mode de rémunération des médecins le plus couramment utilisé dans le cadre des programmes d'assurance-santé au Canada.

services personnels de santé : catégorie de soins et de services offerts aux particuliers et comprenant les soins en établissement et services connexes, les services professionnels, ainsi que les médicaments et appareils.

soins actifs : soins ou traitements donnés pour une maladie ou une blessure, généralement de courte durée ou soudaine, qui exige une grande attention de la part des dispensateurs de soins.

soins prolongés : soins donnés pour une maladie ou une incapacité (physique ou mentale) de longue durée ou à long terme.

curatif : se dit des soins ou traitements donnés en vue de guérir, tout particulièrement une maladie.

dépenses de santé : ensemble des dépenses des secteurs privé et public comprenant les dépenses du gouvernement fédéral ainsi que des gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux, des commissions des accidents du travail, des organismes privés et des consommateurs.

dépenses de santé du secteur public : dépenses de santé effectuées par les gouvernements (fédéral, provinciaux, territoriaux et locaux).

données démographiques : données statistiques décrivant une population en fonction notamment de l'âge, du sexe et de l'état civil.

endartériectomie : intervention chirurgicale comportant la résection de la tunique interne d'une artère et généralement pratiquée pour enlever un caillot ou gratter la tunique d'un vaisseau artérieloscléreux.

épidémiologie : discipline qui étudie les différents facteurs influant sur la santé des populations, notamment l'incidence des maladies, leur mode de distribution et les moyens de les contrôler.

gériatrie : médecine de la vieillesse.

gérontologie : étude de la vieillesse.

holistique : se dit des moyens de prévention contre les maladies et des traitements qui tiennent compte non seulement des besoins physiques des patients mais aussi de leurs besoins psychologiques et affectifs et de leur mode de vie.

iatrogénique : se dit d'un trouble ou d'une affection survenant à la suite d'un diagnostic ou d'un traitement.

incapacité : toute réduction ou absence, due à une déficience, de la capacité d'exécuter une activité de la manière normale ou considérée comme normale pour un être humain.

maladie chronique : maladie de longue durée ou qui revient souvent.

mode de financement du budget global : arrangement en vertu duquel une somme globale est affectée annuellement à une organisation (p. ex. un hôpital) par un organisme de financement pour tous les services fournis par cette organisation.

37. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) pour l'élaboration de méthodes permettant de mesurer les résultats dans le domaine des soins de santé, plutôt que de présumer que ces résultats seront satisfaisants si les structures et les mécanismes (hôpitaux, technologie, personnel médical, etc.) sont en place. (Chap. 7)
38. Que le gouvernement fédéral établisse un programme régulier d'enquêtes sur la santé de la population, ce qui facilitera la mise en corrélation des facteurs de risque individuels et des courbes d'utilisation des services de santé avec la santé et les coûts dans une optique à long terme. (Chap. 7)
39. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement le Programme national de recherche et de développement en matière de santé pour appuyer la recherche visant à trouver des formules innovatrices et rentables afin de fournir des soins de haute qualité dans l'ensemble du Canada. (Chap. 7)
40. Que des méthodes d'évaluation fassent partie des projets subventionnés par le gouvernement fédéral en vue de trouver de nouvelles formules innovatrices en matière de soins de santé. (Chap. 7)

26. Que les gouvernements cherchent à éliminer les obstacles inutiles et fassent la promotion de l'égalité pour les professionnels de la santé qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger afin qu'ils puissent se qualifier et exercer au Canada. (Chap. 5)
27. Que le gouvernement fédéral exerce un leadership et aide les gouvernements des provinces et des territoires à modifier et développer des services de santé sensibles aux besoins des femmes, des autochtones, des immigrants et des minorités culturelles. (Chap. 5)
28. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement la recherche sur les coûts comparatifs des services de santé mentale fournis en établissement et hors établissement. (Chap. 5)
29. Que le gouvernement fédéral mette sur pied un centre national d'information sur les ressources en santé mentale, tant financières que humaines. (Chap. 5)
30. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement la recherche sur la santé mentale. (Chap. 5)
31. Le Comité recommande que le caractère confidentiel de tous les tests de dépistage de l'anticorps anti-VIH soit garanti. (Chap. 5)
32. Le Comité appuie le recours aux échantillons anonymes et non reliés dans le cadre de la recherche sur le SIDA. (Chap. 5)
33. Que le gouvernement fédéral incite les provinces et les territoires à mettre sur pied des modes de rémunération des médecins plus souples et qui tiennent mieux compte des besoins des patients dans leur profession. (Chap. 5)
34. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement les groupes communautaires d'aide aux personnes atteintes du SIDA, ainsi qu'aux programmes d'éducation permanente destinés aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de la santé sur le traitement et les services de soutien relatifs au SIDA. (Chap. 5)
35. Que le gouvernement fédéral établisse une politique nationale de planification des ressources humaines dans le secteur de la santé (médecins, infirmières et autres professionnels de la santé). (Chap. 6)
36. Que, dans le cadre de la politique nationale de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, le Comité consultatif fédéral-provincial des ressources humaines en santé fixe des objectifs précis en matière de ressources humaines à l'échelle nationale et fasse accepter ces objectifs par les universités, les ministres de l'Éducation, les associations professionnelles, hospitalières et de santé, ainsi que par d'autres parties intéressées. (Chap. 6)

- de soins de courte durée et les établissements de soins prolongés, les services communautaires et les soins à domicile, ce qui aidera la clientèle à accéder aux soins appropriés. (Chap. 5)
16. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements des provinces et des territoires, évalue l'utilisation d'un éventail plus large de professionnels de la santé dans le régime d'assurance-santé. (Chap. 5)
17. Que le gouvernement fédéral favorise, par la recherche, l'instauration de services de santé mieux adaptés aux besoins des populations rurales et nordiques du Canada. (Chap. 5)
18. Que le gouvernement fédéral appuie, dans le cadre d'ententes fédérales-provinciales de financement, des programmes innovateurs afin de recruter et de garder du personnel dans les régions du pays où il y a pénurie. (Chap. 5)
19. Que le gouvernement fédéral élabore, dans un cadre interministériel, une stratégie pour réduire la menace que constitue la pauvreté pour la santé des enfants et des jeunes. (Chap. 5)
20. Qu'un comité consultatif interministériel fédéral-provincial soit créé pour élaborer des stratégies visant à modifier certains comportements (p. ex. consommation de tabac et d'alcool, mauvaises habitudes alimentaires), afin de réduire les facteurs de risque associés à une santé déficiente chez les enfants et les adolescents (p. ex. insuffisance pondérale à la naissance, syndrome d'alcoolisme fœtal). (Chap. 5)
21. Que la promotion et la publicité des produits du tabac soient éliminées dans les meilleurs délais acceptables. (Chap. 5)
22. Que la publicité sur les boissons alcooliques favorise une consommation responsable et des valeurs sociales positives. (Chap. 5)
23. Que des avis destinés aux femmes enceintes et portant sur le danger pour la santé soient apposés sur les contenants de boisson alcoolique. (Chap. 5)
24. Que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan et, en consultation avec les provinces et les territoires, qu'il facilite : 1) l'accès à l'information sur la planification familiale et 2) l'accès à l'éducation familiale dans toutes les régions du Canada. (Chap. 5)
25. Que le gouvernement fédéral invoque les pouvoirs que lui confère la Loi canadienne sur la santé pour que toutes les provinces et les territoires garantissent l'accès à l'avortement thérapeutique à toutes les femmes. (Chap. 5)

7. Que le gouvernement fédéral incite les provinces et les territoires à continuer d'élaborer des solutions de rechange novatrices aux modes de rémunération des médecins. (Chap. 3)
8. Que le gouvernement fédéral inscrive au programme de la prochaine conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé l'établissement de services de soutien et de relève destinés aux bénévoles qui soignent les Canadiens âgés ou handicapés. (Chap. 4)
9. Que le gouvernement fédéral établisse, dans le cadre d'une politique nationale de la santé, des objectifs visant à améliorer l'accès des personnes âgées et des personnes handicapées à une vaste gamme de services dont leur santé dépend. (Chap. 4)
10. Que l'on consacre des ressources à l'information des personnes âgées afin de leur donner davantage de pouvoirs à titre de consommateurs et qu'elles puissent partager avec leur famille, les professionnels de la santé et les non-professionnels qui les soignent, la responsabilité de faire un choix valable au sujet de leur propre santé. (Chap. 4)
11. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, uniformise la terminologie partout au Canada, afin de permettre des comparaisons valables de la qualité et du coût des soins institutionnels, communautaires et à domicile. (Chap. 4)
12. Que le gouvernement fédéral soutienne la recherche, l'éducation ainsi que le développement de compétences spécialisées en gériatrie et en gérontologie parmi les professionnels de la santé et du service social. (Chap. 4)
13. Que le gouvernement fédéral, dans le cadre d'une politique nationale de la santé, planifie les services de santé futurs pour les personnes âgées, en tenant compte de facteurs tels que les modes de vie actuels et futurs, le rôle de la famille, la disponibilité des services sociaux, les ressources financières des personnes âgées et les besoins particuliers des aînés, handicapés physiques et mentaux. (Chap. 4)
14. Que le gouvernement fédéral prenne des mesures pour déterminer la possibilité de légiférer afin de permettre aux personnes âgées de préciser le niveau de soins qu'elles souhaiteraient recevoir si jamais elles étaient atteintes d'une maladie les rendant incapes à prendre une décision. (Chap. 4)
15. Que le gouvernement fédéral s'attaque aux problèmes entourant l'utilisation des soins de courte durée en appuyant des travaux de recherche visant un système de santé coordonné et intégré, afin d'assurer la continuité des soins entre les hôpitaux

1. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements des provinces et des territoires, formule en termes clairs une politique nationale sur les soins de santé qui soit compatible avec la *Loi canadienne sur la santé*. L'énoncé porterait entre autres sur la division des responsabilités entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, les principes fondamentaux du financement aux termes du FPE et les normes de la *Loi canadienne sur la santé*. (Chap. 2)
2. Que le gouvernement fédéral élabore une politique propre à assurer la santé des Canadiens, dans les domaines où la Constitution lui confère la compétence comme l'environnement et les secteurs qui ont une incidence sur la qualité de la vie, notamment le logement, le revenu, l'emploi et l'enseignement postsecondaire. (Chap. 3)
3. Que le gouvernement fédéral insiste sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé et qu'il affecte plus de ressources à l'éducation et l'information des consommateurs, afin d'en faire des partenaires à part entière dans cette entreprise et de les aider à prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé. (Chap. 3)
4. Que l'on établisse et finance un Conseil canadien de la santé, représentant les dispensateurs et les bénéficiaires des soins de santé, les chercheurs et d'autres personnes concernées, afin de conseiller le gouvernement fédéral au sujet des questions nationales liées à la santé. (Chap. 3)
5. Que le gouvernement fédéral consulte les provinces et les territoires pour le développement d'un mécanisme prévoyant le réaménagement graduel de ressources institutionnelles suffisantes (humaines, financières et technologiques) en vue de constituer des niveaux plus appropriés de services communautaires, de soins à domicile et de soutien social. (Chap. 3)
6. Que, d'ici deux ans, le gouvernement fédéral produise un rapport complet fondé sur une compilation des recherches actuelles et des études pilotes des modes de rémunération des médecins, en mettant un accent particulier sur la pertinence de certains modes de rémunération pour certaines catégories de service spécifiques. (Chap. 3)

La présente étude a été entreprise afin de déterminer si les modalités de financement du régime canadien de soins de santé permettent de dispenser aux Canadiens des soins de qualité, répondant aux critères de la *Loi canadienne sur la santé*. Après avoir entendu de nombreux témoins ayant des compétences, des expériences et des intérêts diversifiés dans le domaine de la santé, le Comité a découvert que notre régime se heurte effectivement à différents défis et que, pour les relever, il ne suffira pas nécessairement de dépenser plus pour le système dans sa forme actuelle. Nous sommes toujours convaincus que le Canada jouit d'un des meilleurs systèmes de santé au monde et nous sommes déterminés non seulement à le préserver, mais aussi à l'améliorer. À maintes reprises, le Comité a entendu que, au lieu d'injecter plus d'argent dans le système, nous devons plutôt répartir nos ressources de manière plus efficace et plus rentable, en reconnaissant que la santé, c'est beaucoup plus que les soins médico-hospitaliers. L'approche préconisée par le Comité au sujet de la planification nationale confirme la nécessité de revoir les thèses qui sous-tendent notre système de santé.

- que ces résultats seront satisfaisants si les structures et les mécanismes (hôpitaux, technologie, personnel médical etc.) sont en place.
38. Que le gouvernement fédéral établisse un programme régulier d'enquêtes sur la santé de la population, ce qui facilitera la mise en corrélation des facteurs de risque individuels et des courbes d'utilisation des services de santé avec la santé et les coûts dans une optique à long terme.
39. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement le Programme national de recherche et de développement en matière de santé pour appuyer la recherche visant à trouver des formules innovatrices et rentables afin de fournir des soins de haute qualité dans l'ensemble du Canada.
40. Que des méthodes d'évaluation fassent partie des projets subventionnés par le gouvernement fédéral en vue de trouver de nouvelles formules innovatrices en matière de soins de santé.

que national¹⁵⁷. De plus, grâce à l'élimination de la duplication et au partage des résultats des recherches parmi toutes les provinces, les efforts de recherche pourraient s'avérer plus rentables.

Pour sa part, le Dr Jack O'Hashi, de l'Association médicale canadienne (AMC), est d'avis que nous devrions étudier les déterminants de la maladie. Il donne l'exemple suivant :

Si vous avez, par exemple, dans votre communauté dix personnes qui ont une maladie de la vésicule biliaire nécessitant l'ablation de cet organe, il va falloir le faire, quel que soit le nombre de médecins, le nombre de lits d'hôpitaux, etc. (. . .) Il faudrait peut-être essayer de voir ce que l'on sait sur la genèse de la maladie de la vésicule biliaire et s'il y a une manière d'influer sur elle afin que les gens ne soient pas affectés de cette maladie¹⁵⁸.

Le Dr Robert Spasoff, dans un exposé à une conférence récente de l'AMC, a indiqué qu'il considérait que les sommes affectées à la recherche pour chaque catégorie de maladies devraient être, jusqu'à un certain point, proportionnelles au fardeau que ces maladies imposent à la société quant à leur fréquence et à leurs conséquences. Comme il le souligne, cependant, l'étude de Santé et Bien-être social Canada sur le fardeau économique de la maladie a relevé des écarts considérables entre la charge imposée et la proportion des crédits de recherche qui y sont affectés. La catégorie des blessures, par exemple, est celle qui reçoit le moins pour la recherche même si c'est elle qui coûte le plus cher économiquement.

À l'exemple de différents témoins qui ont comparu devant le Comité, le Dr Spasoff recommande d'accorder plus d'importance à la recherche portant sur les facteurs environnementaux, sociaux et comportementaux influant sur la santé, à la recherche en réadaptation, en prévention de la maladie, en promotion de la santé et en services de santé. Il est suggéré que la base de ce processus de recherche est la disponibilité de l'information sur l'état de santé de la population et les facteurs de risque individuels, de même que sur les courbes d'utilisation des services de santé.

RECOMMANDATIONS

37. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) pour l'élaboration de méthodes permettant de mesurer les résultats dans le domaine des soins de santé, plutôt que de presumer

157

Idem, p. 44.

158

Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 36, p. 19.

— normes et qualité des soins de santé / assurance et contrôle de la qualité¹⁵³.
 Les projets susmentionnés permettent de recueillir de l'information sur des modes de prestation de soins, nouveaux ou améliorés.

Pour ce qui est de la recherche appliquée, nombre de témoins (y compris le Dr Naylor, Fraser Mustard, le Dr Psutka, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada) ont insisté sur la nécessité d'«innover» dans l'administration comme dans la prestation des services de santé. Un rapport récent du Conseil national du bien-être social insiste sur le besoin d'innovation en matière de prestation des soins, comparativement à l'innovation en médecine¹⁵⁴.

Ce rapport donne à penser que l'assurance-santé a figé des modes établis de prestation des soins de santé et que, depuis son instauration, peu d'efforts ont été déployés pour trouver des modalités plus efficaces ou moins coûteuses.

En 1987, les ministres de la Santé des provinces et des territoires, ont aussi reconnu le besoin d'innovation¹⁵⁵.

Un nombre croissant de provinces investissent des sommes de plus en plus importantes dans la recherche visant à améliorer la prestation des soins de santé. Des versions canadiennes des Organisations de soins de santé intégrés (*Health Maintenance Organizations* — *HMO*) commencent à être mises à l'essai en Ontario et au Québec; en Colombie-Britannique, le *Victoria Health Project* a été mis sur pied pour tenter de trouver des modèles plus efficaces pour gérer les ressources en santé et pour mieux servir la clientèle âgée. Le Conseil national du bien-être social, voulant éviter que les provinces ne fassent les mêmes recherches, recommande dans son rapport que :

les gouvernements fédéral et provinciaux [créent] une caisse d'innovation pour appuyer les recherches visant à trouver des façons plus appropriées et plus rentables de fournir les services de soins de santé à travers le Canada¹⁵⁶.

Le Conseil estime que pareille approche faciliterait l'évaluation des projets et la sélection de ceux qui sont susceptibles de profiter à plus d'une province. Parallèlement, les provinces pourraient continuer de mettre de l'avant des projets à caractère plus local

-
- 153 Santé et Bien-être social Canada, Bureau des relations parlementaires, 22 novembre 1990.
 154 Conseil national du bien-être social, *La santé, les soins de santé et l'assurance-maladie*, Ottawa, automne 1990, p. 43-45.
 155 *Future Directions for Health Care Services*, Toronto (rapport présenté à la Conférence économique des premiers ministres), p. 9.
 156 Conseil national du bien-être social, *op. cit.*, p. 45.

Une étude récente sur le fardeau économique de la maladie au Canada, menée par la Direction générale de la protection de la santé et Bien-être social Canada, révèle que les sommes dépensées pour la recherche dans toutes les catégories de maladie correspondent à 1 % des coûts directs de toutes les maladies et à 0,5 % du fardeau économique total de la maladie¹⁵¹.

Les options varient sur ce qui devrait constituer les priorités dans le domaine de la recherche en santé. Le Conseil de recherches médicales (CRM) consacre la part du lion de son budget à la recherche pure, tandis que le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) de Santé et Bien-être social Canada affecte la quasi-totalité du sien à la recherche appliquée. Le CRM reçoit toutefois presque neuf fois plus (241,5 millions \$ en 1990-1991) que le PNRDS (28,1 millions \$ en 1990-1991). Les témoins réclament en général plus de fonds pour la recherche en santé, mais d'aucuns s'inquiètent des compressions dont a récemment fait l'objet le budget du PNRDS (recherche appliquée). Ainsi, la Fédération canadienne des sociétés de biologie estime que ces réductions pourraient se répercuter sur la prestation des soins de santé et sur la formation de personnel hautement qualifié dans ce domaine¹⁵².

À 28,1 millions \$, le budget actuel du PNRDS est appauvri de 1 million \$ par rapport au budget principal de 1989-1990. Il est composé de plusieurs éléments, notamment les activités de prévention du SIDA, de l'exploitation sexuelle des enfants et de la violence familiale, dont le budget n'a pas été réduit. On s'attend à ce que les dépenses du PNRDS allant aux personnes âgées et à la stratégie antidrogue dépassent celles de 1989-1990, bien que, dans l'ensemble, les budgets globaux aient été légèrement réduits. Le reste des compressions seront appliquées à la partie non ciblée du budget du PNRDS, c'est-à-dire au financement de projets considérés importants pour améliorer la qualité et le rapport coût-efficacité des soins de santé. Voici des exemples de projets subventionnés dans ce domaine :

- administration des soins de santé,
- prestation et organisation des soins de santé,

¹⁵¹ Wigle, Donald T. et coll., *Economic Burden of Illness in Canada*, 1986, Bureau de l'épidémiologie des maladies chroniques, Laboratoire de lutte contre la maladie, mai 1990, p. 6-7. Cette étude porte sur les coûts directs et indirects compris dans le coût économique total de la maladie, et elle analyse ces coûts par catégorie de maladie. On englobe dans les coûts directs les médicaments, les soins médicaux dispensés par les médecins et les autres professionnels de la santé, les soins hospitaliers, la recherche, les pensions et prestations, les soins hors établissement et les services connexes, les appareils et les frais administratifs divers. Les coûts indirects comprennent la perte de revenu attribuable au décès prématuré et la perte de productivité en 1986 causée par les incapacités à court et à long terme. Les auteurs ont pu déterminer les coûts directs et indirects par catégorie de maladie pour environ 81 % des 97,2 milliards de dollars, soit le coût estimatif total de la maladie. Mémoire, p. 1.

Les sommes consacrées à la recherche dans le domaine de la santé et dans des domaines connexes font actuellement l'objet de débats houleux, de même que la répartition des ressources entre la recherche pure et la recherche appliquée. À une récente conférence de l'Association médicale canadienne, lors d'une séance portant sur la science et la recherche, on a souligné que les définitions de recherche appliquée et de recherche clinique s'étendaient maintenant à la santé des populations, à l'épidémiologie et à la prestation des soins de santé. La recherche sur la prestation des soins de santé comprend des études sur l'utilisation, les résultats, le rapport coût-efficacité, l'efficacité ainsi que sur la pertinence des interventions¹⁴⁸.

Des témoins devant le Comité ont fait état de problèmes semblables ayant trait à la recherche. La Fédération canadienne des sociétés de biologie a attiré l'attention du Comité sur les niveaux de ressources consacrées à la recherche et au développement au Canada, niveaux qu'elle considère comme insuffisants en général, y compris dans le domaine de la santé¹⁴⁹.

Santé et Bien-être social Canada indique que les dépenses engagées dans la recherche en santé représentaient 0,8 % des dépenses totales pour la santé en 1975 et 0,9 % en 1987 (dernière année pour laquelle on a des données vérifiées)¹⁵⁰. On estime que les données de 1987 resteront essentiellement les mêmes en 1990.

148 Watanabe, Dr Mamoru, doyen de médecine, Université de Calgary, 3rd Annual Leadership Conference, 2 mars 1991.
149 *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 53, p. 53.
150 *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987*, 1990, p. 35.

remplacement ne fait pas nécessairement augmenter les coûts et peut, au contraire, les réduire considérablement (presque toutes les thérapies de remplacement comportent moins de coûts tant directs, soit d'honoraires du praticien, qu'indirects, soit de frais d'utilisation des installations nécessaires à la prestation des soins)¹⁴⁷.

Au contraire, d'autres témoins ont souligné que l'accès direct aux services par l'entremise d'autres professionnels risque d'entraîner un fort accroissement de la demande et, donc, une hausse des coûts.

¹⁴⁷ Mémoire, p. 20.

Le Comité aimerait que cette politique nationale traite de questions comme la répartition géographique des médecins et la pénurie de spécialistes, la proportion accrue de femmes dans la profession médicale, la situation du personnel infirmier, la pénurie et la répartition des professionnels de la santé ainsi que le rôle de l'ensemble des travailleurs de la santé.

Les pénuries et la mauvaise répartition des ressources humaines dans le domaine de la santé sont visibles dans toutes les provinces et tous les territoires. Afin de résoudre ces problèmes, les associations professionnelles qui ont comparu devant le Comité ont préconisé, entre autres, la planification du nombre d'étudiants acceptés dans les programmes de sciences de la santé dans les universités, la conception de nouveaux programmes de deuxième et troisième cycles, ainsi que l'élargissement des programmes de formation dans les milieux hospitaliers et communautaires. Nombre de témoins ont suggéré que le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces contribuent au financement des recherches en cours visant à améliorer la préparation, l'utilisation et la supervision des professionnels, ainsi que le recrutement et la rétention du personnel.

RECOMMANDATION

36. Que, dans le cadre de la politique nationale de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, le Comité consultatif fédéral-provincial des ressources humaines en santé fixe des objectifs précis en matière de ressources humaines à l'échelle nationale et fasse accepter ces objectifs par les universités, les ministres de l'Éducation, les associations professionnelles, hospitalières et de santé, ainsi que par d'autres parties intéressées.

Par ailleurs, de nombreux témoins ont critiqué le rôle de «gardien de l'accès aux services» joué par les médecins. Ils estiment que le recours à d'autres professionnels de la santé viendrait élargir la notion de la santé et permettrait d'offrir des soins de meilleure qualité, plus appropriés et à moindre coût. D'après l'Association chiropratique canadienne, l'insuffisance du recours aux professionnels non médicaux constitue l'une des principales lacunes du régime canadien des soins de santé. Elle mentionne que le régime devrait favoriser le plus possible le recours à des professionnels de la santé qualifiés. Elle ajoute que la difficulté consiste à établir un équilibre entre le droit qu'a la personne de choisir la forme de soins de santé qu'elle désire recevoir et l'obligation qu'a l'État de payer les soins.

(. . .) les données portent à croire que le recours aux thérapies de remplacement est exclusif, à moins que des complications nécessitent la présentation à un autre praticien (la patiente recourt soit à une sage-femme, soit à un médecin). Par conséquent, le financement des thérapies de

Certaines associations professionnelles revendiquent l'inclusion de leurs services dans le régime public d'assurance-santé. Selon certains témoins, ceci n'aurait pas d'influence sur le recours aux services des professionnels non médicaux. D'autres craignent cependant qu'il en résulte une escalade des coûts.

E. LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES

L'Association des hôpitaux du Canada mentionne que les pénuries et les problèmes de répartition des travailleurs de la santé touchent en général la totalité des provinces et des territoires au Canada¹⁴⁶. Il en résulte un manque d'accès à des services médicalement nécessaires, particulièrement dans les régions rurales et les régions éloignées qui ont plus de difficultés que les régions urbaines à attirer et à retenir leurs professionnels de la santé, surtout ceux des disciplines hautement spécialisées. On constate également des listes d'attente pour des services spécialisés. On observe aussi le transfert de patients dans d'autres provinces ou à des centres loin des familles et du réseau de soutien social. Il peut également en résulter la substitution d'une discipline pour une autre, la désaffectation de lits et d'unités de soins spécialisés.

Afin de résoudre le problème de la pénurie de médecins en régions, plusieurs témoins ont insisté sur le recours à des incitations financières afin d'encourager le personnel médical à s'implanter dans ces régions. Pour sa part, l'Association médicale canadienne (AMC) croit que cela ne suffit pas à inciter les médecins à exercer leur profession dans des régions mal desservies car d'autres facteurs, tels que la qualité de vie professionnelle et sociale, la proximité d'établissements d'enseignement et les possibilités d'emploi des conjoints influencent également la décision de travailler en région. En outre, l'AMC considère que la meilleure façon de s'attaquer aux problèmes des régions mal desservies doit se faire par l'entremise du système d'éducation. Par ailleurs, elle dit dans son mémoire que la planification des ressources en médecins nécessite une approche commune dont la portée doit être nationale, qui doit tenir compte des ressources provinciales et territoriales et se fonder sur l'évaluation et la planification des besoins régionaux.

RECOMMANDATION

35. Que le gouvernement fédéral établisse une politique nationale de planification des ressources humaines dans le secteur de la santé (médecins, infirmières et autres professionnels de la santé).

mauvaise répartition des effectifs, tant entre les régions qu'entre les institutions (p. ex. hôpitaux de soins de courte durée ou de soins prolongés, centres de services de santé communautaires).

Par exemple, à l'heure actuelle, on constate une pénurie de thérapeutes dans le secteur de la réadaptation, principalement dans les secteurs de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de l'orthophonie et de l'audiologie¹⁴². Les besoins en main-d'œuvre augmentent sans qu'il y ait une hausse correspondante du nombre de diplômés. On prévoit que la pénurie de spécialistes en réadaptation va même s'amplifier au cours des années à venir, notamment en raison de l'étroite corrélation entre le vieillissement et l'incapacité.

Il existe également des lacunes considérables dans l'accessibilité aux services des diététiciens dans certaines collectivités, les cliniques médicales, les programmes de soins à domicile, la pratique privée et les commissions scolaires. On constate également de longues listes d'attente pour leurs services dans les hôpitaux¹⁴³. On a également remarqué qu'il y avait une pénurie de pharmaciens tant en milieu hospitalier que communautaire. On a aussi constaté une difficulté d'accès à des services pharmaceutiques en milieu rural¹⁴⁴.

La gamme des services dispensés par des professionnels de la santé non médicaux et remboursés par les régimes provinciaux d'assurance-santé varie d'une province à l'autre. Par exemple, au cours de son témoignage, l'Association chiropratique canadienne a indiqué :

À Terre-Neuve, en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, les soins de chiropraticiens ne sont pas remboursés du tout. Nos honoraires sont donc payés entièrement par les patients, mais 85 p. cent de ce montant est pris en charge par des régimes d'assurance privés. La situation est la même au Québec où 85 p. 100 de nos honoraires sont pris en charge par des compagnies d'assurance. En Ontario, l'OHIP prend en charge les soins jusqu'à concurrence de 210 \$ par an et au Manitoba, 15 consultations sont remboursées par l'assurance-maladie. En Saskatchewan, les consultations sont entièrement remboursées. En Alberta, 20 consultations par an sont remboursées, alors qu'en Colombie-Britannique, 11 consultations par an sont remboursées¹⁴⁵.

142	Comité consultatif fédéral-provincial des ressources humaines en santé, <i>Rapport fédéral-provincial sur le personnel de réadaptation</i> , juin 1988.
143	Association canadienne des diététistes, mémoire.
144	Association pharmaceutique canadienne, mémoire.
145	<i>Procès-verbaux et témoignages</i> , fascicule n° 40, p. 26.

D'après l'Association canadienne pour la santé mentale, les dépenses relatives à la santé mentale ne représentent qu'un faible pourcentage des dépenses nationales de santé. En outre, on retrouve relativement peu de spécialistes dans ce domaine. Par exemple, en 1988, on dénombrait 2 972 psychiatres au Canada, soit un psychiatre par 8 780 habitants. La même année, on comptait un psychologue reconnu ou autorisé par 3 127 habitants¹³⁹.

Plusieurs témoins ont soutenu qu'il y avait une pénurie et une mauvaise répartition géographique de la main-d'oeuvre dans le domaine de la santé mentale. Le Comité consultatif de la santé mentale s'est aussi dit préoccupé par la pénurie de professionnels en soins psychiatriques. Dans son rapport¹⁴⁰, le Comité mentionne que toutes les provinces font face à des problèmes relatifs au nombre, à la distribution et à l'éventail des spécialités psychiatriques. Certaines régions et provinces, d'après ce rapport, n'ont pas été capables d'attirer et de garder des psychiatres, et les modes de rémunérations actuels ne sont pas compatibles avec les modes de la pratique psychiatrique.

Certains témoins ont également souligné qu'il fallait rehausser le niveau d'éducation du personnel de la santé mentale. À cet égard, l'Association des psychiatres du Canada s'est aussi dite préoccupée par ce qu'elle considère comme l'insuffisance actuelle des niveaux d'éducation de tous les travailleurs du domaine de la santé mentale, qu'il s'agisse des psychologues, travailleurs sociaux, infirmières psychiatriques, infirmières autorisées, ergothérapeutes ou psychiatres. Le besoin de compétences est particulièrement aigu en ce qui concerne les troubles psychiatriques des personnes âgées. L'Association souligne que 5 % des plus de 65 ans sont atteints de démence et chez les plus de 80 ans, cette proportion dépasse 20 %. Elle soutient que des études spécialisées sont essentielles pour maintenir et développer la compétence professionnelle nécessaire pour répondre à la grande variété de besoins médicaux et psycho-sociaux de la population âgée¹⁴¹.

D. LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Durant ses audiences publiques, le Comité a pris connaissance des points de vue de nombreuses associations professionnelles ainsi que des professions médicales et infirmières. Dans l'ensemble, on signale une pénurie des travailleurs de la santé et une

139 Santé et Bien-être social Canada, *op. cit.*, p. 196 et 235.
140 Comité consultatif de la santé mentale, *Rapport à la Conférence des sous-ministres de la santé*, juin 1990.
141 Mémoire, p. 7-8.

Au cours des dernières décennies, les effectifs infirmiers ont enregistré des augmentations annuelles supérieures à celles de la population. On comptait une infirmière autorisée pour 117 habitants et une infirmière auxiliaire autorisée pour 313 habitants en 1978. En 1988, ce rapport se situait à une infirmière autorisée pour 104 Canadiens et une infirmière auxiliaire autorisée pour 315 Canadiens¹³⁶. Ces changements résultent d'une augmentation de la demande de personnel infirmier. L'augmentation des besoins en soins infirmiers a progressé en raison de facteurs démographiques et épidémiologiques, tels l'augmentation de la complexité et de la gravité des maladies, l'évolution des maladies et des méthodes de traitement, ainsi que le vieillissement de la population¹³⁷.

En dépit de l'accroissement des ressources infirmières, plusieurs témoins ont observé une pénurie de personnel infirmier en régions rurales et éloignées ou dans certains domaines spécialisés des centres urbains. On a mentionné que, dans certaines régions du pays, le recrutement et la rétention des infirmières ont toujours posé des difficultés. Certaines provinces ont pris des mesures incitatives pour attirer les infirmières dans les régions reculées et rurales et dans les grands centres urbains comme Toronto. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AllC) soutient que la pénurie en région résulte de facteurs particuliers et propres à la région : coût de la vie élevé, modèle employé pour la pratique infirmière, salaires et avantages sociaux, possibilités de formation continue¹³⁸. Le manque de personnel spécialisé est aussi un sujet de préoccupation depuis longtemps. Certains centres urbains connaissent une pénurie d'infirmières possédant une formation spécialisée, comme les soins intensifs.

L'AllC a précisé qu'il n'y avait pas, à proprement parler, de pénurie de personnel infirmier. L'Association a indiqué que l'impression qu'il y a une pénurie s'explique par le fait que les infirmières et infirmiers ne sont pas disposés à travailler dans les conditions actuelles. En décrivant ces conditions, l'AllC soulève les problèmes de dotation dans les hôpitaux, l'absence de participation à la prise de décisions, le peu de possibilités de perfectionnement, le surcroît de tâches non infirmières, la rigidité des horaires de travail et l'insuffisance de la rémunération et des avantages sociaux.

¹³⁶ Santé et Bien-être social Canada, *op. cit.*, p. 123 et 139.
¹³⁷ Association des infirmières et infirmiers du Canada, *mémoire*, p. 17.
¹³⁸ *Idem*, p. 15-16.

131	Santé et Bien-être social Canada, <i>Le personnel de la santé au Canada, 1988</i> , mars 1990, p. 192.
132	Association médicale canadienne, <i>Canadian Physician Resources</i> , août 1989, p. 29-31.
133	Les données comparatives proviennent du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial de la main-d'œuvre sanitaire, <i>Rapport sur la main-d'œuvre médicale au Canada</i> , mai 1990, Annexe A.1.
134	Association médicale canadienne, <i>op. cit.</i> , p. 26.
135	Système informatisé sur les stagiaires post-m.d. en formation clinique, <i>Recensement annuel des stagiaires post-m.d.</i> , 1989-1990, p. 67.

pour 1 883 habitants à Terre-Neuve¹³¹. La répartition des médecins entre centres urbains, régions rurales et régions éloignées est une question problématique à laquelle la plupart des gouvernements provinciaux se sont attaqués avec plus ou moins de succès ces dernières années¹³².

Par comparaison¹³³, en termes d'effectifs médicaux, le Canada se place au-dessus de la moyenne parmi les pays de l'OCDE, tout près des États-Unis et de l'Australie. Des pays tels l'Allemagne, la Grèce, la Belgique et la Suède affichent des effectifs proportionnellement plus élevés que ceux du Canada; cependant, nous comptons plus de médecins par habitant que le Japon, le Royaume-Uni et la Suisse. En outre, le Canada compte une proportion de spécialistes similaire à celle de certains pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis et de l'Allemagne, où, en 1987, le pourcentage de spécialistes s'élevait à 84 % et 54 % respectivement. Enfin, l'augmentation du nombre de médecins au Canada pendant la dernière décennie reflète une tendance similaire à celle survenue dans d'autres pays industrialisés.

La proportion de femmes dans l'ensemble des effectifs médicaux a augmenté au cours des dernières années; elle est passée de 14,2 % en 1982 à 16,8 % en 1987. On prévoit que cette tendance va se poursuivre au cours des prochaines années puisque près de la moitié (46,7 %) des étudiants admis en première année de médecine sont des femmes. Des études nous laissent croire qu'une telle tendance pourrait influencer sur la pratique médicale puisqu'il existe des différences importantes entre les hommes et les femmes quant au nombre d'heures de travail par semaine, au nombre de semaines de travail par année, aux interruptions de la vie professionnelle et au temps moyen consacré aux patients¹³⁴.

Enfin, les diplômés étrangers venaient traditionnellement grossir les rangs des médecins exerçant au Canada. Ainsi, de 1961 à 1969, en moyenne, 880 médecins étrangers sont venus s'établir au Canada chaque année. Cette moyenne était de 740 de 1970 à 1979. Elle a toutefois chuté de façon spectaculaire durant la décennie suivante alors qu'elle est passée à 385. En 1989, 20 % des stagiaires post-m.d. en formation dans les facultés de médecine canadiennes avaient obtenu leur diplôme à l'étranger¹³⁵.

LES RESSOURCES HUMAINES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

La santé tient une place importante dans l'économie canadienne. En mars 1991, les travailleurs de la santé regroupaient environ 5 % de la main-d'oeuvre canadienne¹²⁹. Or, il ressort clairement des recherches effectuées et des exposés des témoins qu'il existe des problèmes dans la composition et la répartition de ces ressources humaines. Le présent chapitre examine brièvement ces problèmes et propose des solutions possibles par le biais de la planification des ressources humaines.

A. LES MÉDECINS

Au cours de la dernière décennie¹³⁰, le nombre de médecins (omnipraticiens et spécialistes) exerçant au Canada s'est accru plus rapidement que la population. Il en est donc résulté une augmentation importante du ratio médecin/patients. En effet, dans le cas des médecins civils en exercice, à l'exclusion des internes et des résidents, ce ratio est passé de un pour 656 en 1979 à un pour 515 en 1989. Certains craignent même un surplus de médecins.

Au niveau provincial, ce ratio varie grandement. En 1989, il variait de un médecin pour 486 habitants en Colombie-Britannique à un médecin pour 748 habitants au Nouveau-Brunswick. Par ailleurs, entre 1979 et 1989, la proportion de spécialistes est demeurée sensiblement la même, représentant en moyenne 50 % de l'effectif médical. Le nombre de spécialistes varie entre les provinces. Par exemple, en 1988, au Québec, on dénombrait un spécialiste civil en exercice pour 964 habitants comparativement à un

129
130

Statistique Canada, *La population active*, n° de catalogue 71-001, p. B-29.

Les données qui suivent ont été fournies par la Division de l'information sur la santé, Direction des systèmes d'information, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Santé et Bien-être social Canada, avril 1990.

Une fois qu'une personne est sidatique, elle a besoin de soins nombreux et suivis. Les spécialistes témoignant devant le Comité parlementaire ont précisé que la majeure partie de ces soins sont assurés par des bénévoles travaillant dans toutes sortes d'organisations communautaires : groupes de soutien, maisons d'accueil, établissements de soins palliatifs, soins à domicile. Par l'intermédiaire du Programme d'action communautaire SIDA, le gouvernement fédéral subventionne des organismes communautaires qui s'occupent de patients atteints de la maladie. Cela se fait en partie par la formation et l'éducation des bénévoles qui oeuvrent dans des organisations communautaires. Le Comité parlementaire a recommandé que le fédéral finance plus généreusement les groupes de soutien communautaire, de même que les programmes d'éducation continue sur le traitement, les soins et le soutien des sidatiques, destinés aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de la santé qui ont commencé à exercer leur profession avant l'apparition du SIDA.

RECOMMANDATION

34. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement les groupes communautaires d'aide aux personnes atteintes du SIDA, ainsi qu'aux programmes d'éducation permanente destinés aux médecins, aux infirmières et aux autres professionnels de la santé sur le traitement et les services de soutien relatifs au SIDA.

pour rendre cette information accessible aux médecins, qu'il est très difficile pour les personnes atteintes du SIDA de recevoir les meilleurs soins possible¹²⁶. Le Comité parlementaire a recommandé la création d'un Centre d'information national sur les traitements du SIDA et de l'infection par le VIH, afin de recenser la toute dernière information sur les nouveaux médicaments et les nouveaux traitements et de rendre cette information accessible aux médecins. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a annoncé en juin 1990 la mise sur pied d'un système répondant aux critères recommandés, avec une mise de fonds initiale de 990 000 \$¹²⁷. Les médias ont laissé savoir récemment que ce projet risquait d'être retardé, ce qui inquiète énormément les membres du Comité.

Le système d'information est censé corriger les problèmes d'information, du moins pour ce qui est des médecins qui voient un grand nombre de patients atteints du SIDA ou infectés par le VIH. Malheureusement, la clientèle atteinte du SIDA est concentrée chez un nombre relativement restreint de médecins. Le Dr Berger estime qu'en Ontario, plus de 40 % de tous les patients infectés par le VIH sont traités par 17 médecins. On estime que 17 médecins, appartenant au *HIV Primary Care Physicians Group* du centre-ville de Toronto, dont le Dr Berger est membre, soignent environ 3 000 cas. Selon les médias, le stress et les pressions que subissent les médecins des sidatiques au Canada sont très éprouvants physiquement et émotionnellement, et la compensation financière est maigre. Le Dr Berger mentionne les facteurs suivants comme contribuant au problème :

1. (...) il est tout à fait normal que les patients soient plus portés à consulter des médecins qui possèdent une expérience reconnue (...)
2. (...) les médecins qui ne possèdent pas cette expérience sont eux-mêmes dépassés par la complexité de la maladie (...)
3. (...) les soins des patients affectés par le VIH constituent un fardeau financier très lourd pour les médecins, qui n'y trouvent aucun avantage par ailleurs¹²⁸.

Les régimes provinciaux d'assurance-santé ne reconnaissent pas le temps énorme consacré aux visites de counseling et aux consultations téléphoniques.

RECOMMANDATION

33. Que le gouvernement fédéral incite les provinces et les territoires à mettre sur pied des modes de rémunération des médecins plus souples et qui tiennent mieux compte des besoins des patients dans leur profession.

¹²⁶ *Idem*, p. 28.

¹²⁷ Notes pour une allocution de l'honorable Perrin Beatty, *op. cit.*, p. 8.

¹²⁸ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 52, p. 8.

pour le dépistage du VIH. Le Dr Berger a indiqué que ces tests ne sont pas également disponibles partout au Canada, ni même à l'intérieur des provinces. Il a dit que ceux qui courent le plus de risques d'être infectés par le VIH hésitent à subir des tests dans un système qui permet leur identification¹²².

De la même façon, lorsque l'ancien ministre de la Santé, M. Perrin Beatty, a annoncé la stratégie du gouvernement fédéral sur le SIDA, il a souligné que le caractère confidentiel des tests de dépistage demeurerait une question primordiale¹²³.

Le Comité parlementaire sur le SIDA a reconnu, dans son rapport, que l'anonymat des tests, qui permettrait à une personne de subir un test sans avoir à fournir des renseignements permettant de l'identifier de sorte qu'elle serait la seule à savoir si elle est séro-positive, est une question complexe. Pour les partisans de cette formule, seul l'anonymat des tests garantit le caractère confidentiel. On convient généralement que les tests doivent être volontaires sauf dans les cas de don de sang, de produits du sang, d'organes et de tissus.

RECOMMANDATION

31. Le Comité recommande que le caractère confidentiel de tous les tests de dépistage de l'anticorps anti-VIH soit garanti¹²⁴.

En ce qui concerne la recherche, le Comité reconnaît l'importance des renseignements sur les niveaux d'infection par le VIH au sein de la population, particulièrement dans certains sous-groupes comme les personnes vivant de la prostitution, les consommateurs de drogues, les sans-abri et les détenus. Ces renseignements sont nécessaires pour élaborer des programmes adéquats d'éducation et de prévention permettant de limiter la propagation du virus.

RECOMMANDATION

32. Le Comité appuie le recours aux échantillons anonymes et non reliés dans le cadre de la recherche sur le SIDA¹²⁵.

La Société canadienne du SIDA a déclaré au Comité parlementaire sur le SIDA que l'information sur les traitements du SIDA et de l'infection par le VIH est tellement volumineuse et évolue si rapidement, surtout qu'il n'existe aucun mécanisme efficace

122

Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 52, p. 7.

123

Notes pour une allocution de l'honorable Perrin Beatty, 81^e conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique, Toronto, 28 juin 1990, p. 7.

124

Comité parlementaire sur le SIDA, *op. cit.*, p. 46.

125

Idem, p. 20.

30. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement la recherche sur la santé mentale.

La pénurie et la mauvaise répartition du personnel en psychiatrie ont aussi été citées pour expliquer les problèmes d'accès aux services psychiatriques. Compte tenu du manque de psychiâtres et des caractéristiques géographiques et démographiques du Canada, l'Association des psychiâtres du Canada souligne la difficulté de fournir des services adéquats, surtout dans les régions rurales ou moins peuplées. Il faut recruter des psychiâtres et les encourager à s'établir dans ces régions par différents moyens : systèmes appropriés de suppléance, dispositions faciles d'accès pour poursuivre des études médicales, stimulants financiers et autres.

L'Association des psychiâtres du Canada a aussi souhaité l'adoption d'une approche multidisciplinaire, qui ferait en sorte que des professionnels non médecins (psychologues, travailleurs sociaux, infirmières psychiatriques, infirmières, ergothérapeutes) fassent partie intégrante de l'équipe soignante en santé mentale. Un grand sujet de préoccupation pour l'Association est ce qu'elle voit comme «l'insuffisance actuelle des niveaux d'éducation de tous les travailleurs du domaine de la santé mentale, y compris les psychiâtres», particulièrement en ce qui concerne les troubles psychiatriques des personnes âgées¹²⁰.

F. LE SYNDROME D'IMMUNO-DÉFICIENCE ACQUISE (SIDA)

L'accès des personnes atteintes du SIDA ou infectées par le VIH aux services de santé inspire beaucoup d'inquiétude. Le traitement du SIDA et de l'infection par le VIH, d'après différents témoins qui ont comparu devant le Comité parlementaire sur le SIDA, impose «un énorme fardeau pour le personnel des services de santé»¹²¹.

Les témoins comparaisant devant le Comité sur le SIDA et ce comité-ci ont constaté que les personnes atteintes du SIDA ou infectées par le VIH peuvent avoir de la difficulté à accéder, par exemple, aux tests de dépistage et aux techniques diagnostiques, aux médicaments, aux services médicaux ainsi qu'à d'autres services de santé.

On a signalé au Comité qu'un diagnostic à point nommé et fiable constitue la première étape d'un traitement efficace. Le Dr Philip Berger a fait remarquer au Comité que les techniques diagnostiques les plus avancées ne sont pas toujours disponibles et que le diagnostic repose en partie sur la possibilité d'administrer des tests anonymes

120

Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 39, p. 8.

121

Comité parlementaire sur le SIDA, *Le SIDA : Un Défi*, juin 1990, p. 32.

recommandé de faire plus d'efforts pour informer le public des risques d'un tel abus, surtout en ce qui a trait à la détérioration cognitive, à la violence familiale, à la violence sexuelle et au syndrome d'alcoolisme foetal.

Beaucoup de témoins considèrent que tous les consommateurs de soins de santé doivent participer activement à la prise de décisions au sujet de leur propre santé, ainsi qu'à la planification des services. Il s'ensuit que les consommateurs doivent recevoir de l'information appropriée et ponctuelle pour pouvoir prendre pareilles décisions. L'Association canadienne pour la santé mentale mentionne que la personne souffrant d'une maladie mentale ne veut plus être «la bénéficiaire passive des services médicaux», mais veut «jouer un rôle crucial dans la planification des solutions de rechange aux services conventionnels»¹¹⁸. Même si les services médicaux continueront d'être importants, l'Association canadienne pour la santé mentale prédit que «L'accent sera mis de plus en plus sur d'autres aspects de la vie des malades, y compris le logement, le travail et les relations interpersonnelles»¹¹⁹.

L'Association canadienne pour la santé mentale et l'Association des psychiatres du Canada affirment toutes deux qu'il faut plus d'information à l'échelle nationale sur les ressources en santé mentale, financières comme humaines. De plus, comme nous ignorons si les soins parallèles pour les aînés fragiles, les malades chroniques ou souffrant de démence coûteront plus cher ou moins cher, on recommande de faire des études sur le coût réel de ces soins. Quoi qu'il en soit, il faut répondre aux besoins de ces patients, en établissant ou non. Les fonds affectés à la recherche dans le domaine de la santé mentale en général semblent insuffisants. Les troubles mentaux, par exemple, représentaient 8,3 % des coûts de santé au Canada en 1986, bon deuxième après les maladies cardio-vasculaires, mais ne représentaient que 4,9 % des sommes consacrées à la recherche. Au cours de cette même année, au Québec, les troubles mentaux venaient au premier rang et représentaient 17,9 % des coûts de santé de cette province.

RECOMMANDATIONS

28. Que le gouvernement fédéral finance adéquatement la recherche sur les coûts comparatifs des services de santé mentale fournis en établissement et hors établissement.
29. Que le gouvernement fédéral mette sur pied un centre national d'information sur les ressources en santé mentale, tant financières que humaines.

118 Mémoire, Résumé.

119 *Idem*.

... avant de sortir les personnes des établissements, il faut être prêt à fournir les soins voulus dans la collectivité, et non dans les prisons, dans des pensions surpeuplées ou dans la rue¹¹⁴.

Le Dr Jones estime que 50 % des sans-abri et 10 % de la population dans les prisons souffrent de troubles mentaux graves. Il ajoute qu'environ 25 % des patients inscrits à son programme alternent entre la vie dans la collectivité et des séjours à l'hôpital pendant les périodes de crise. Il soutient de plus qu'un grand nombre de rechutes peuvent être attribuées à l'environnement très médiocre dans lequel les patients sont placés à leur sortie de l'hôpital.

L'Association des psychiatres du Canada s'inquiète, elle aussi, des problèmes d'accès aux services de soins psychiatriques et invoque la nécessité de lier les services de santé et les services sociaux, surtout en ce qui concerne le logement. Voici ce que dit l'Association :

(...) les psychiatres cliniciens disent avoir pris conscience d'un certain degré d'inflexibilité et de manque de créativité dans le système des soins de santé, qui fait certes obstacle au recours à des services de remplacement moins coûteux (...)¹¹⁵.

Le Dr Molloy¹¹⁶ et l'Association des psychiatres du Canada s'inquiètent du pourcentage relativement élevé de personnes de plus de 80 ans qui souffrent de problèmes psychiatriques chroniques. C'est souvent dans ce groupe, précise l'Association, que les appuis sociaux sont les plus faibles et que l'institutionnalisation est nécessaire pour des raisons de sécurité et de qualité des soins. Il n'y a aucune raison de croire que ces personnes seront en meilleure santé plus tard. Par conséquent, l'Association estime que :

(...) il serait dangereux de planifier les services de santé futurs pour les personnes âgées et les malades mentaux chroniques en se basant sur l'hypothèse optimiste d'un meilleur état de santé général. Une telle hypothèse pourrait entraîner une importante baisse des fonds réservés à un système dont le financement actuel est déjà considéré comme insuffisant (...) une planification fondée sur les mêmes taux de morbidité qu'à l'heure actuelle serait beaucoup plus indiquée¹¹⁷.

Plusieurs témoins, dont l'Association, ont aussi souligné le rôle important que jouent la promotion de la santé et la prévention de la maladie dans le domaine de la santé mentale. L'abus d'alcool et d'autres substances est considéré comme un facteur clé dans le développement et l'aggravation des troubles psychiatriques. Il a été

-
- 114 Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 46, p. 9.
115 Mémoire, p. 2.
116 Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 53.
117 Mémoire, p. 6.

Le D^r Barry Jones, directeur du programme de schizophrénie de l'Hôpital Royal d'Ottawa, estime que 7 % de tous les lits d'hôpitaux sont occupés par des patients souffrant de schizophrénie uniquement. Il a fait, cependant, la mise en garde suivante :

Toutes les régions du Canada signalent des problèmes d'accès aux services psychiatriques. L'Association canadienne pour la santé mentale indique que « Les dépenses au titre de la santé mentale sont faibles par rapport à l'ensemble des programmes de santé »¹³ et qu'il y aurait lieu de faire une analyse complète des dépenses du Canada à ce chapitre. L'Association a expliqué que les ressources étaient orientées vers les institutions, alors que c'est dans la collectivité que vivent maintenant la majorité des malades mentaux chroniques. Elle ajoute qu'en Ontario, par exemple, de tous les fonds consacrés à la santé mentale en 1985-1986, seulement 4,5 % sont allés à des services communautaires.

E. LA MALADIE MENTALE

27. Que le gouvernement fédéral exerce un leadership et aide les gouvernements des provinces et des territoires à modifier et développer des services de santé sensibles aux besoins des femmes, des autochtones, des immigrants et des minorités culturelles.

RECOMMANDATION

2. Encourager et aider les communautés culturelles à déterminer les problèmes éprouvés par leurs membres, aux chapitres des services de santé physique et mentale, et à participer aux efforts pour trouver des solutions.
 3. Tenir compte de l'héritage culturel et des coutumes des minorités culturelles au moment de planifier les services de santé dispensés dans les établissements et les collectivités.
 4. Veiller à ce qu'un système satisfaisant de contacts et d'information soit établi, de préférence par les membres de la collectivité culturelle elle-même, pour faire connaître les services qui leur sont offerts.
- Il faut reconnaître que les femmes immigrantes ou appartenant à des minorités culturelles sont doublement défavorisées quant aux problèmes auxquels elles font face ou à l'accès aux services de santé appropriés.

traditionnelles¹⁰⁹. Dans le même ordre d'idées, le Dr Morton Beiser, président du Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, a conclu dans son mémoire que :

Même si théoriquement, les immigrants et les minorités ethnoculturelles ont aussi facilement accès aux services de santé que tous les Canadiens, ce n'est pas une garantie qu'ils en profitent ou que le traitement soit aussi bon pour eux que pour les Canadiens¹¹⁰.

Le Groupe a également constaté que lorsque les praticiens parlent couramment la langue et connaissent bien la culture des immigrants et des minorités culturelles, les patients ont tendance à recourir plus volontiers à leurs services, à se confier davantage et à suivre les traitements avec plus de confiance que lorsqu'ils ont besoin d'un interprète. Le Groupe ajoute qu'il y a toutefois une grave pénurie de praticiens provenant des minorités ethniques parce que des obstacles les empêchent d'exercer au Canada. Les professionnels formés à l'étranger sont souvent empêchés de pratiquer à cause des restrictions à l'obtention du permis et des critères d'admission des établissements post-universitaires¹¹¹.

Le Comité a remarqué que le rapport récent du Comité permanent de l'industrie, des sciences et de la technologie et du développement régional et du Nord recommandait que les gouvernements cherchent à éliminer les obstacles empêchant l'utilisation des compétences des immigrants reçus¹¹².

RECOMMANDATION

26. Que les gouvernements cherchent à éliminer les obstacles inutiles et fassent la promotion de l'égalité pour les professionnels de la santé qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger afin qu'ils puissent se qualifier et exercer au Canada.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a proposé quatre méthodes pour rendre les services de santé physique et mentale plus accessibles aux immigrants âgés et aux membres des minorités culturelles. Ces méthodes pourraient s'appliquer également à tous les membres de ces groupes.

1. Encourager et aider les minorités culturelles à acquérir des compétences orales et écrites dans une des langues officielles.

109	Mémoire, p. 23.
110	Mémoire, p. 13.
111	Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, <i>Puis ... La porte s'est ouverte</i> , 1988, p. 71.
112	<i>Le Canada doit être compétitif</i> , Ottawa, décembre 1990, p. 9.

5. Les immigrants et les minorités culturelles

Des témoins ont expliqué au Comité que les différences linguistiques et culturelles peuvent aussi créer, pour les immigrants et les minorités culturelles, des problèmes d'accès aux soins de santé. Même s'ils sont accessibles physiquement, les établissements de santé ne peuvent pas être d'une grande utilité pour ces membres de la collectivité qui n'ont pas les compétences linguistiques leur permettant de parler et d'écrire, ou encore lorsque le service ne respecte pas leurs coutumes et leur héritage culturel. Les infirmières de l'Ordre de Victoria ont fait valoir, par exemple, qu'il faut aider les immigrants à utiliser les services et porter attention à certaines questions culturelles délicates, comme les restrictions en matière de comportement ou d'alimentation fondées sur des croyances religieuses, ou simplement des habitudes alimentaires

Le Conseil national des autochtones a informé le Comité que les autochtones vivant à l'extérieur des réserves ont aussi des problèmes d'accès aux services de santé : « Il ne suffit pas que les provinces disent que les autochtones ont accès aux mêmes services que le reste de la population »¹⁰⁷. Les différences culturelles et linguistiques peuvent constituer des obstacles, pour les autochtones qui utilisent un système de santé établi pour la population en général dans les provinces et les territoires. Des études récentes sur les services de santé offerts dans certaines provinces (Québec, Saskatchewan) ont recommandé des modifications afin que ces services répondent mieux aux besoins des autochtones relevant de ces juridictions. Le Conseil national des autochtones considère que les programmes fédéraux qui influent sur la santé des autochtones devraient s'étendre aux autochtones vivant hors des réserves¹⁰⁸.

On reconnaît également que les problèmes de santé éprouvés par les autochtones vont au-delà des paramètres caractérisant les soins de santé traditionnels. Selon le Dr Lynch, il s'agit plutôt de questions multidisciplinaires demandant l'apport de divers secteurs, notamment les services sociaux et les services de logement et d'hygiène du milieu¹⁰⁶.

aux pratiques discriminatoires fondées sur le sexe contenues dans la *Loi sur les Indiens*¹⁰⁵. Le manque de ressources pourrait venir contrecarrer les efforts déployés pour transférer les programmes de santé aux populations autochtones.

¹⁰⁵ Cinquième rapport du Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Nord sur l'étude de la mise en oeuvre de la Loi modifiant la loi sur les Indiens adoptée par la Chambre des communes le 12 juin 1985. Août 1988, p. 71-75.

¹⁰⁶ Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 12, p. 9.

¹⁰⁷ Mémoire, p. 11.

¹⁰⁸ *Idem*.

La nécessité de disposer, à des fins de planification, de statistiques complètes sur le nombre de professionnels de la santé autochtones et sur leur répartition apparaît clairement. Les données actuelles sur le nombre de ces professionnels ne sont que fragmentaires.

On s'entend généralement pour dire que si l'on permettait aux autochtones de prendre le contrôle de leurs services de santé, ceux-ci pourraient résoudre leurs problèmes de santé et, du même coup, améliorer leur santé.

La Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada tente par ailleurs de remettre la responsabilité des programmes de santé aux collectivités indiennes qui le désirent. Avant de conclure officiellement une entente de transfert avec la Direction générale, les bandes et les conseils de bande peuvent demander les fonds nécessaires à la préparation (création et formation d'un comité sur la santé, tenue d'une étude sur les besoins en matière de santé et élaboration d'un plan de santé communautaire) de cette prise en charge pour que celle-ci soit couronnée de succès¹⁰². Huit ententes de transfert ont été conclues, des négociations sont en cours pour neuf autres et 69 projets préalables au transfert ont été approuvés¹⁰³. Cette tendance à transférer du gouvernement fédéral aux peuples autochtones la responsabilité des services de santé est compatible avec la tendance plus générale vers l'auto-gouvernement des autochtones. D'après certains, il s'agit d'un jalon très important dans l'amélioration de la santé des autochtones du Canada¹⁰⁴. Les communautés indiennes qui choisissent de maintenir certains ou tous les services existants sont assurées qu'il n'y aura pas une perte du niveau ou de la qualité des services comparativement aux communautés qui décident de gérer leur propre programme de soins de santé.

Le Dr Lynch a ajouté qu'à l'heure actuelle, malgré les ressources affectées aux services de santé dans les réserves, ceux-ci restent souvent fragmentés et ne sont pas uniformément accessibles. Les ressources des réserves pour faire face aux besoins de santé et autres doivent aussi être étirées du fait du projet de loi C-31 destiné à mettre fin

- 102 *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 12, p. 7.
 103 Santé et Bien-être social Canada, *Budget des dépenses 1991-1992*, Partie III, p. 2-78.
 104 Pekles, Dr Gary (membre en 1986-1987 du Comité sur la santé des Indiens et des Inuit de la Société canadienne de pédiatrie), «The Health of Indian and Inuit Children in Canada in the 1980's and 1990's», *Le médecin de famille canadien*, vol. 34, juillet 1988, p. 1567-1568.

données de 1981 pour le reste des Canadiens⁹⁹. Les différences observées entre l'état de santé des deux groupes sont en partie attribuables aux problèmes d'accès au système de santé que les autochtones éprouvent.

Le Dr Gillian Lynch, de Santé et Bien-être social Canada, a souligné que les services dont les populations autochtones ont besoin diffèrent de ceux de l'ensemble des Canadiens, à cause de leur histoire, de leur culture et de leurs autres particularités¹⁰⁰. Tant le Dr Lynch que le Conseil national des autochtones ont parlé du rôle de la médecine traditionnelle et des coutumes ancestrales dans les soins de santé destinés aux autochtones. On fournit des services d'escorte et d'interprétation dans les villages isolés pour aider les patients à communiquer avec les médecins et les autres travailleurs de la santé. Cependant, plusieurs estiment que si les autochtones participaient davantage à la prestation des services de santé, cela améliorerait leur accès à des soins de qualité. Pour y arriver, il faudrait créer pour les autochtones plus de possibilités de carrière dans ce domaine et leur donner la responsabilité des services de santé offerts dans leurs collectivités. On parle, depuis une vingtaine d'années, de la prise en charge par les autochtones des services dans ce domaine; à certains endroits, c'est déjà chose faite; ailleurs, c'est en voie de le devenir.

Le Programme de carrière dans le domaine de la santé pour les Indiens et les Inuit, qui relève de la Direction générale des services médicaux de Santé et Bien-être social Canada, vise à inciter les autochtones à entreprendre une carrière dans ce secteur. Bien que ce programme ait remporté un certain succès, il n'est offert qu'aux autochtones demeurant dans des réserves. En parlant du nombre de professionnels de la santé autochtones, le Conseil des autochtones du Canada a déclaré :

On a un grand besoin ... de médecins, d'infirmières, de dentistes et d'autres professionnels de santé autochtones (...) Pour que la situation change, il faut inciter nos jeunes à se diriger vers des professions dans le domaine de la santé¹⁰¹.

Les représentants du Conseil national des autochtones ont ajouté que bon nombre de leurs jeunes fréquentaient l'université ou le collège et pouvaient aspirer à une carrière dans le domaine de la santé, mais qu'on devait leur offrir des perspectives d'emploi, des encouragements et de l'appui pour les inciter à revenir dans leur collectivité et à y travailler dans ce secteur.

89 Hagey et coll., *op. cit.*, p. 6.
100 Sous-ministre adjointe intermédiaire, *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 12.
101 *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 19, p. 5-6.

besoins spéciaux des femmes qui vivent en milieu rural et dans les régions éloignées; l'influence du stress qui, faute de programmes et de services adéquats, demeure trop souvent un facteur non reconnu, non diagnostiqué et sans traitement⁹⁸.

Le Conseil considère que, pour réduire la demande d'avortements, il faut d'abord offrir des services de planification familiale et faire de l'éducation sexuelle dans les écoles. Le Conseil a parlé de disparités régionales concernant l'accès à cette information et il a invité le gouvernement fédéral à prendre les mesures voulues pour que toutes les femmes du Canada puissent l'obtenir. Les problèmes d'accès des femmes autochtones sont particulièrement difficiles et souvent aggravés par la pauvreté et le manque de sensibilité à leurs valeurs culturelles.

D'après le Conseil, pour faciliter l'accès des femmes rurales à des services de santé appropriés, il faudrait soit mettre sur pied des services plus rapprochés de chez elles, soit envisager de les amener aux services urbains. Dans ce dernier cas, les frais de transport, d'hébergement et de garderie doivent aussi être pris en considération.

RECOMMANDATIONS

24. Que le gouvernement fédéral joue un rôle de premier plan et, en consultation avec les provinces et les territoires, qu'il facilite :
 - 1) l'accès à l'information sur la planification familiale et 2) l'accès à l'éducation familiale dans toutes les régions du Canada.
25. Que le gouvernement fédéral invoque les pouvoirs que lui confère la *Loi canadienne sur la santé* pour que toutes les provinces et les territoires garantissent l'accès à l'avortement thérapeutique à toutes les femmes.

4. Les peuples autochtones

Même si l'état de santé des autochtones s'est amélioré considérablement depuis 20 ans, il est encore bien au-dessous de la moyenne canadienne, tant dans les réserves qu'à l'extérieur de celles-ci. Durant cette période, l'espérance de vie à la naissance a augmenté et la mortalité infantile a diminué chez tous les Canadiens, y compris les autochtones, mais cette amélioration est beaucoup moins prononcée chez les autochtones que chez les autres Canadiens. Chez les Indiens inscrits, par exemple, l'espérance de vie à la naissance en 1981 était inférieure de 10 ans à celle de la population nationale, et, pour l'an 2001, les projections continuent d'être moins élevées que les

beaucoup moins d'être victimes de maladie et d'incapacité plus tard. On peut supposer que les soins coûteraient moins cher et que la société en général serait plus productive si la population était en meilleure santé.

RECOMMANDATIONS

19. Que le gouvernement fédéral élabore, dans un cadre interministériel, une stratégie pour réduire la menace que constitue la pauvreté pour la santé des enfants et des jeunes.

20. Qu'un comité consultatif interministériel fédéral-provincial soit créé pour élaborer des stratégies visant à modifier certains comportements (p. ex. consommation de tabac et d'alcool, mauvaises habitudes alimentaires), afin de réduire les facteurs de risque associés à une santé déficiente chez les enfants et les adolescents (p. ex. insuffisance pondérale à la naissance, syndrome d'alcoolisme foetal).

21. Que la promotion et la publicité des produits du tabac soient éliminées dans les meilleurs délais acceptables.

22. Que la publicité sur les boissons alcooliques favorise une consommation responsable et des valeurs sociales positives.

23. Que des avis destinés aux femmes enceintes et portant sur le danger pour la santé soient apposés sur les contenants de boisson alcoolique.

3. Les femmes

Le Conseil consultatif national sur la situation de la femme a fait valoir que, souvent, les services de santé ne tiennent pas compte de la différence entre les besoins des hommes et ceux des femmes, et qu'il arrive par conséquent que ces services ne répondent pas aux besoins des femmes. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne les besoins liés à leur capacité de reproduction et à leur expérience dans la société en tant que femmes. Voici les services que le Conseil demande pour répondre aux besoins particuliers des femmes :

(...) l'accès aux services d'hygiène de la reproduction, y compris l'avortement, pour toutes les habitantes du Canada; l'accès aux autres services de santé, et ce par un élargissement de leur définition et des catégories professionnelles qu'englobent les régimes d'assurance-santé — pour y inclure les sages-femmes, entre autres — en apportant une attention particulière aux

considérable», et nous ne parlons que de soins infirmiers⁹⁴. En outre, d'après les experts, au moins 20 % des prématurés de faible poids à la naissance présenteront à long terme différents degrés d'affections et d'incapacités, dont les coûts humains et économiques sont difficiles à évaluer⁹⁵.

Non seulement l'insuffisance de poids à la naissance est-elle fortement susceptible de se répercuter sur la qualité de vie du sujet, mais elle coûte aussi très cher au système de santé. En revanche, il semble qu'il s'agisse d'un domaine où les ressources investies dans la promotion de la santé et la prévention de la maladie pourraient être rentables, tant pour les personnes concernées, qui jouiraient d'une meilleure santé et d'une meilleure qualité de vie, que pour la société canadienne qui bénéficierait de leur apport.

Des groupes de témoins (p. ex. l'Institut canadien de la santé infantile, l'Association des consommateurs du Canada et l'Association canadienne des diététistes) ont parlé de l'importance de la promotion de la santé, surtout auprès des jeunes, pour les amener à modifier des comportements (consommation de tabac et d'alcool, mauvaises habitudes alimentaires) nuisibles à la santé.

La nécessité d'élargir la définition de soins de santé pour y inclure des services d'aide sociale a aussi été soulevée dans le contexte de la santé infantile. Beaucoup de témoins sont d'avis que ces services sont essentiels pour prévenir l'insuffisance pondérale à la naissance chez les mères à faible revenu.

On a aussi rappelé au Comité que les enfants autochtones du Canada étaient en moins bonne santé que les enfants canadiens en général. En 1986, par exemple, la mortalité infantile enregistrée chez les Indiens inscrits était toujours deux fois plus élevée que celle de la population canadienne (17 pour 1 000 chez les Indiens, comparativement à 8 pour 1 000 pour le Canada)⁹⁶. Dans le même ordre d'idées, le Conseil national des autochtones du Canada a informé le Comité que les taux de mortalité postnatale, de syndrome d'alcoolisme fœtal, de suicide (particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans) et de mort violente sont beaucoup plus élevés chez les autochtones que dans la population canadienne dans son ensemble⁹⁷.

Que la santé infantile soit prioritaire dans la politique et la planification des soins de santé devrait aller de soi. Les enfants sont l'avenir du Canada. Les études et l'expérience nous montrent que si les gens commencent leur vie en bonne santé, ils risquent

94

Procès-verbaux et témoignages. Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes, 2^e session, 33^e législature, fascicule n° 45, p. 5.

95

Chance, D' Graham, *The John T. Law Lecture*, Quatrième conférence nationale sur les soins périnataux régionalisés et la prévention de handicaps, Ottawa, le 11 novembre 1988.

96

Hagey et coll., *op. cit.*, p. 5.

97

Mémoire, p. 1-2.

Les taux de mortalité infantile au Canada ont reculé d'environ 78 % entre 1953 et 1986. D'après certaines études, on peut attribuer ce recul en partie à l'amélioration des soins de santé avant et après la naissance et à une meilleure alimentation⁹⁰. Des études récentes sur la santé infantile continuent toutefois d'indiquer des inégalités associées à des facteurs économiques, géographiques et culturels⁹¹.

Bien que le taux de mortalité infantile ait été réduit de près de la moitié pour chaque groupe de revenu (quintile) entre 1971 et 1986, le taux en 1986 pour le groupe le plus bas était encore presque le double du groupe le plus élevé⁹². Des recherches indiquent également que le risque de mortalité par maladie infectieuse, par accident et par insuffisance pondérale à la naissance, de même que le pourcentage d'anomalies du développement, est plus élevé chez les enfants de milieu défavorisé que chez les autres enfants canadiens.

On estime que l'insuffisance pondérale à la naissance est, à elle seule, la première cause de mortalité chez les nouveau-nés; or, des études démontrent que les mères appartenant au quintile inférieur de revenu ont la plus haute incidence de bébés de faible poids à la naissance. L'Association des médecins de l'Ontario signale qu'un certain nombre de facteurs associés à la morbidité, notamment le tabagisme, l'âge et l'état nutritionnel, sont aussi associés au rang social de la mère⁹³.

La survie des prématurés de faible poids à la naissance a augmenté considérablement ces dernières années. Bien que cette situation soit encourageante, elle a aussi imposé une surcharge au système de santé. Le Dr Robin Walker, chef du Service de néonatalogie à l'Université Queen's et vice-président du Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, a dit au Comité permanent de la Santé nationale et du Bien-être social de la Chambre des communes en mai 1988, au tout début de la présente étude, que ces nouveau-nés étaient en général prématurés de 16 à 17 semaines. Ils doivent rester aux soins intensifs, non seulement pendant cette période, mais souvent pendant des semaines et des mois encore, parce qu'ils éprouvent des difficultés pulmonaires et autres. Le Dr Walker estime qu'il en coûte environ 100 000 \$ pour s'occuper de chacun de ces nouveau-nés qui survivent; «il s'agit d'une somme

90 Statistique Canada, *L'annuaire du Canada, 1990*, Ottawa, 1989, p. 3-2.

91 Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada : profil réalisé par l'ICSI*, Ottawa, 1989; *Étude sur la santé infantile en Ontario : Résultats des conclusions initiales*, Queen's Printer of Ontario, 1989.

92 Wilkins, Adams et Brackner, *op. cit.*, 1989.

93 Association des médecins de l'Ontario, mémoire présenté au Comité de la révision de l'aide sociale de l'Ontario, le 9 janvier 1987.

Les recherches établissent un lien entre la pauvreté et la maladie. Le programme national d'assurance-santé a fait énormément pour réduire les écarts de santé entre les riches et les pauvres au Canada, mais des inégalités persistent en dépit des efforts soutenus pour abolir les obstacles à l'accèsibilité. Les études montrent que les groupes à faible revenu continuent de présenter des taux plus élevés de mortalité, de morbidité et d'incapacité que la population en général⁸⁷.

En 1986, au Canada, l'espérance de vie d'un pauvre, à la naissance, était inférieure de 3,7 ans à celle d'un riche; ces statistiques démontrent le lien entre la maladie et des conditions socio-économiques médiocres. Ce lien est particulièrement fort chez les enfants. D'après l'Institut canadien de la santé infantile, en 1986, le taux de mortalité chez les enfants de moins de 20 ans appartenant au quintile de revenu le plus bas était de 56 % supérieur à celui des enfants appartenant au quintile le plus élevé. En outre, le taux de mortalité infantile (décès durant la première année de la vie) parmi le groupe le plus pauvre était deux fois plus élevé que celui du groupe le plus riche⁸⁸.

Les répercussions de la pauvreté sur la santé sont particulièrement évidentes chez les autochtones. Des recherches menées par le gouvernement fédéral indiquent que ceux-ci sont beaucoup plus susceptibles que les autres Canadiens de dépendre de l'aide sociale et d'habiter dans des logements surpeuplés et dépourvus de chauffage central, c'est-à-dire dans des conditions souvent associées à un mauvais état de santé⁸⁹.

- 87 Santé et Bien-être social Canada, *Le Rapport action santé*, 1987, p. 35-38; Santé et Bien-être social Canada, *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada, 1978-1979*, Ottawa, 1981; Wilkins, R. et Orville B. Adams, *Healthfulness of Life : A Unified View of Mortality, Institutionalization and Non-institutionalized Disability in Canada*, 1978, Institut de recherches politiques, Montréal, 1983; Wilkins, R., Owen Adams et Anna Brackner, *Changes in Mortality by Income in Urban Canada from 1971 to 1986: Diminishing Absolute Differences, Persistence of Relative Inequality*, Division de la politique de la santé, Santé et Bien-être social Canada, et Division de la santé, Statistique Canada, Ottawa, juin 1989.
- 88 Mémoire, p. 2.
- 89 Hagey, N. Janet, Gilles Larocque et Catherine McBride, *Faits saillants des conditions des autochtones, 1981-2001*, Partie II, Conditions sociales, Analyse quantitative et recherche socio-démographique, document de travail série 89-2, Services financiers et professionnels, Affaires indiennes et du Nord Canada, décembre 1989, p. 13-14.

local dans toutes les régions (Association des consommateurs du Canada, Association canadienne des diététistes, Infirmières de l'Ordre de Victoria, Association pharmaceutique canadienne, Conseil consultatif national sur le troisième âge). Dans certaines régions, les services ne sont offerts que dans les hôpitaux. L'Association des consommateurs du Canada estime qu'une aide devrait être donnée aux hôpitaux ruraux pour qu'ils fournissent divers services répondant aux besoins de la communauté, tels que des services mobiles et des centres de jour. Certains témoins, dont l'Association pharmaceutique canadienne, croient qu'une étude des besoins de santé des populations rurales s'impose.

L'Association des hôpitaux du Canada a souligné, en parlant du Nord canadien, qu'une des difficultés que nous éprouvons, c'est que nous ne savons pas vraiment ce que signifie accès dans le système :

(...) s'il s'agit de services qui doivent être disponibles de façon immédiate, à 10 minutes de chez moi, ou s'il est prévu que je puisse bénéficier des services, que cela signifie que je sois obligée de me déplacer sur de longues distances ou non. (...) la question est de savoir ce qu'il est raisonnable d'offrir sur place, dans les collectivités du Nord, par opposition à ce qu'il est raisonnable d'offrir au moyen de transport aérien, en comparant les coûts des deux situations ⁸⁶.

RECOMMANDATIONS

17. Que le gouvernement fédéral favorise, par la recherche, l'instauration de services de santé mieux adaptés aux besoins des populations rurales et nordiques du Canada.

18. Que le gouvernement fédéral appuie, dans le cadre d'ententes fédérales-provinciales de financement, des programmes innovateurs afin de recruter et de garder du personnel dans les régions du pays où il y a pénurie.

D. LES GROUPES AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX

Différents témoins ont fait valoir au Comité que les pauvres, les femmes, les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les handicapés, les autochtones, les immigrants et les minorités culturelles avaient tous des besoins spéciaux et que ces besoins pouvaient influer sur leur accès à des services appropriés. Les témoignages et les recherches donnent à penser que les problèmes d'accès se reflètent dans l'état de santé de ces groupes, qui est moins bon que celui de la population canadienne en général.

Des luttes s'engagent quant à savoir qui est reconnu (quels praticiens pourront exercer légalement leur art, sur le plan de la sécurité publique, et auront droit au remboursement de leurs honoraires par les régimes d'assurance) et qui a le pouvoir⁸⁵.

Les provinces ont une certaine latitude pour déterminer quels services non médicaux devraient être assurés dans le cadre du régime provincial de soins de santé. De fait, l'éventail des services assurés par les régimes varie énormément d'une province à l'autre. D'après des témoins, la *Loi canadienne sur la santé* ne va pas assez loin pour ce qui est d'obliger les provinces à fournir du personnel et certains services de santé non médicaux. Ces témoins souhaiteraient voir intégrer dans le système d'assurance-santé un éventail plus vaste de services, notamment ceux des physiothérapeutes, des chiropraticiens, des psychologues, des ergothérapeutes et des nutritionnistes. Il y en a également qui recommandent que ces professionnels soient reconnus, outre les médecins, comme points d'entrée dans le régime d'assurance-santé. Cependant, les groupes représentant les hôpitaux et les médecins recommandent d'étudier et d'évaluer au préalable les incidences que pourraient avoir ces changements sur la qualité des soins, la responsabilité professionnelle et les coûts.

RECOMMANDATION

16. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements des provinces et des territoires, évalue l'utilisation d'un éventail plus large de professionnels de la santé dans le régime d'assurance-santé.

C. LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SERVICES DE SANTÉ

L'inégalité du développement et de la répartition des services de santé crée des problèmes d'accessibilité dans les zones urbaines à forte densité de population, de même que dans certaines régions rurales moins peuplées. Il est plus difficile pour les régions rurales ou éloignées, de même que pour les régions à faible croissance économique, d'attirer et de garder des professionnels de la santé, surtout dans les disciplines hautement spécialisées. Toutefois, l'Association des hôpitaux du Canada reconnaît qu'en Ontario, c'est dans les centres urbains et en particulier dans le centre-ville de Toronto que la pénurie d'infirmiers et d'infirmières se fait le plus sentir.

Le besoin de services primaires de soins chroniques et de services gériatriques bien coordonnés est évident partout. Les témoins ont signalé un manque de services dans les régions faiblement peuplées et une pénurie de bons services de soutien à l'échelon

prolongent bien au-delà des établissements de soins de santé, c'est-à-dire des services qui répondent aux besoins de santé physique, mentale et sociale des Canadiens âgés ⁸².

Une étude de Santé et Bien-être social Canada sur les troubles mentaux chez les personnes âgées conclut également que :

On reconnaît de plus en plus que les problèmes sociaux et de santé publique du vieillissement et de l'âge avancé ne sauraient être résolus selon une approche traditionnelle à voie unique et sectorielle. Une approche globale, combinant des connaissances et des compétences en matière sociale, médicale et de comportement, a plus de chances de répondre aux besoins des populations âgées ⁸³.

Ray Jackson, du Conseil des sciences du Canada, fait remarquer que «l'appareil» de soins de santé s'adapte aux différents changements des dernières décennies, en remplaçant l'évolution démographique vers une population plus âgée, de même que le remplacement graduel des maladies infectieuses par un accroissement des maladies chroniques et dégénératives. Il dit à ce sujet :

On reconnaît généralement que le traitement curatif des maladies chroniques ou dégénératives ne remporte pas un fort taux de succès. Comme ces maladies résultent surtout de facteurs d'ordre social, environnemental, nutritionnel et génétique, ainsi que du mode de vie, la seule approche vraiment efficace pour améliorer la santé et diminuer le coût des soins de santé demeure la prévention⁸⁴.

Les accords de financement actuels prévoient une assurance médicale pour supporter le coût des soins reçus à l'intérieur d'un «modèle médical», où la santé est définie comme une absence de maladie. Un grand nombre de témoins (dont M. Mustard et le professeur Contandriopoulos) ont laissé entendre que les modalités financières fondées uniquement sur ce modèle n'assurent pas la gamme de services nécessaires. Ils ont souligné, par exemple, le peu d'aide offerte aux personnes cherchant à utiliser des mesures préventives ou la technologie et les connaissances actuelles pour maximiser leur autonomie. Le Conseil consultatif national sur le troisième âge a dit la même chose à propos des aînés. Le document du Conseil des sciences fait remarquer que, pendant que l'appareil des soins de santé s'adapte à ces changements :

82 Mémoire, p. 13.

83 Division de la santé mentale, Direction générale des services et de la promotion de la santé, *Lignes directrices pour la prestation de services complets aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux*, 1988, p. 37.

84 Conseil des sciences du Canada, *Les soins de santé préventifs : les questions en jeu*, 1985, p. 3.

population canadienne, et ce, à raison de 1,5 à 2 % par année⁸¹. Le secteur dont le taux d'utilisation par les personnes âgées a connu la croissance la plus rapide est celui des spécialistes, particulièrement en ce qui concerne les services diagnostiques. Le nombre de consultations données par des spécialistes à des personnes de 75 ans et plus a doublé au cours de la période à l'étude.

Les résultats de l'étude menée au Manitoba se comparent à ceux de la Colombie-Britannique pour ce qui est de la consultation accrue de médecins par les plus âgés. Les auteurs de cette étude concluent à une expansion générale des services dans tous les groupes d'âge depuis 1971. Durant cette période, le rapport entre le nombre de médecins et la population a augmenté rapidement au Manitoba, tandis que la charge de travail et le revenu moyen des médecins demeuraient stables. Les analystes de la politique de la santé disent qu'ils n'ont pas encore réussi à déterminer les raisons de cette évolution de l'utilisation des services médicaux.

RECOMMANDATION

15. Que le gouvernement fédéral s'attaque aux problèmes entourant l'utilisation des soins de courte durée en appuyant des travaux de recherche visant un système de santé coordonné et intégré, afin d'assurer la continuité des soins entre les hôpitaux de soins de courte durée et les établissements de soins prolongés, les services communautaires et les soins à domicile, ce qui aidera la clientèle à accéder aux soins appropriés.

B. LES SERVICES COMMUNAUTAIRES, DE SOINS À DOMICILE, DE SOUTIEN SOCIAL ET DE PRÉVENTION

Les témoins ont souvent parlé d'accessibilité en termes plus larges que ceux prescrits par la *Loi canadienne sur la santé*. Différents témoins ont prôné une définition plus globale de la santé et un éventail plus vaste de services assurés dans le système de santé. Voici la conception du Conseil consultatif national sur le troisième âge en ce qui concerne les soins destinés aux aînés :

Pour être en mesure d'offrir des soins de santé adéquats, il est nécessaire de garantir l'accès à une vaste gamme de services qui débordent de loin le modèle médical de la santé et qui se

Pour expliquer les problèmes d'accessibilité, les témoins ont aussi soulevé la surutilisation des soins, l'absence d'une gamme de services complémentaires, les problèmes de dotation en milieu hospitalier et les décisions des pouvoirs publics d'augmenter ou de réduire le nombre de services assurés par un régime d'assurance-santé.

On soutient qu'il y a surutilisation des soins de courte durée parce qu'il n'existe tout simplement pas de solutions plus appropriées en milieu communautaire. Ainsi, Kenneth Fyke, de la *Greater Victoria Hospital Society*, a dit au Comité :

(...) l'admission à l'hôpital entraîne des complications et une détérioration de la santé chez de nombreuses personnes de tous les groupes d'âges, mais particulièrement chez les personnes âgées. L'isolement, l'inactivité et le manque d'intimité sont la cause de stress et souvent de confusion chez ces personnes ⁷⁷.

Les recherches démontrent que les personnes âgées utilisent davantage les services médicaux et hospitaliers que l'ensemble de la population. Des études ont confirmé ce fait en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta⁷⁸.

En Colombie-Britannique, les taux d'utilisation des services hospitaliers ont baissé depuis 1969 parmi les enfants de plus de 28 jours et les adultes de 50 ans et moins. Par comparaison, ces taux ont augmenté parmi les enfants de moins de 28 jours⁷⁹ et les personnes de plus de 75 ans. L'étude des effets de cette évolution a montré que le taux brut d'hospitalisation par habitant a monté d'un peu plus de 5 %, mais que, dans l'ensemble, le recours aux soins de courte durée a baissé d'environ un tiers tandis que le taux des longs séjours (60 jours et plus) à l'hôpital a presque triplé⁸⁰.

Cette recherche montre que les taux d'utilisation des services médicaux ont aussi augmenté parmi les personnes âgées de la Colombie-Britannique entre 1975 et 1986. À cet égard, M. Evans souligne que le nombre de médecins augmente plus vite que la

77	Mémoire, p. 3-4.
78	Evans, Robert E., «Reading the Menu with Better Glasses: Aging and Health Policy Research», Lewis, 1989, p. 189; Barer, Morris L. et coll., «Trends in Use of Medical Services by the Elderly in British Columbia», <i>Canadian Medical Association Journal</i> , vol. 141, p. 39-45; Roch, D.J. et coll., <i>Manitoba and Medicare, 1971 to the Present</i> , ministère de la Santé du Manitoba, Winnipeg, 1985, p. 56-70; <i>Review Committee to the Minister of Health, Study into the Growth of Health Services</i> , ministère de la Santé de la Saskatchewan, Regina, 1989; recherche effectuée par Richard Plain, professeur à l'Université de l'Alberta, 1990.
79	Cette augmentation reflète la baisse du taux de mortalité infantile durant la même période, surtout parmi les bébés dont le poids à la naissance est trop bas.
80	Evans, R., <i>op. cit.</i> , 1989.

la norme. L'Association des hôpitaux du Canada (AHC) est d'avis que le problème est attribuable à une combinaison de ces facteurs. Voici l'explication qu'elle donne au fait que les dépenses de la santé n'ont pas augmenté comme prévu :

Le premier défi est posé par les coupures progressives apportées par le gouvernement fédéral depuis 1986 aux transferts de paiement en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis (FPE). Les réductions faites dans les transferts du FPE limitent la flexibilité dans la prestation de services au niveau provincial ⁷³.

L'AHC poursuit comme suit :

Le second défi vient de l'incapacité généralisée du système de santé de mesurer et d'évaluer d'un oeil critique et les coûts et la qualité des soins ⁷⁴.

Pour ce qui est du deuxième problème relatif à la gestion du système de santé, le Dr David Naylor a dit ce qui suit au Comité :

Pour ce qui est de l'innovation, et je ne parle pas ici de l'innovation médicale mais plutôt de l'innovation au chapitre de la gestion et de la prestation des soins, notre échec est lamentable. Nous avons des pratiques complètement privées, une structure de tarification à l'acte, des hôpitaux ayant des budgets globaux mais sans coordination centrale et sans obligation claire de rendre des comptes, et tout un réseau de sous-traitants tributaires de l'État mais sans gestion centrale depuis 20 ans, et nous n'avons quasiment rien fait pour y changer quoi que ce soit ⁷⁵.

Il a également affirmé ce qui suit :

Depuis cinq ans, nous voyons apparaître un rationnement non basé par les prix de plus en plus visible et évident, avec la multiplication des listes d'attente, des comparaisons faisant ressortir que le Canada ne dispose pas de certaines technologies de pointe disponibles aux États-Unis, (...) ⁷⁶.

D'après le Dr Naylor, ce genre de rationnement non basé sur les prix existe dans tous les systèmes, mais auparavant (avant 1984), il était moins visible au Canada. Il propose comme solution une meilleure gestion et un meilleur contrôle des soins offerts : listes d'attente contrôlées, consentement plus éclairé à l'égard des actes médicaux et chirurgicaux et mécanismes d'assurance de la qualité afin d'être sûr que les coûts et les avantages l'emportent sur les risques.

73 Mémoire, p. 6.

74 *Idem*, p. 7.

75 *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 43, p. 23.

76 *Idem*, p. 15.

les discussions sur l'accessibilité ne s'arrêtent pas à qui paye au moment de la consultation, mais qu'elles englobent les obstacles culturels. Enfin, les régions géographiques moins peuplées, éloignées des centres urbains, ont leurs propres problèmes d'accessibilité.

A. LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DURÉE

L'universalité des soins de santé, telle que prévue par la *Loi canadienne sur la santé*, a beaucoup fait pour que les services médicaux et hospitaliers soient également accessibles et également utilisés. Des rapports récents dans les médias parlent toutefois de retards dans les traitements, de listes d'attente, de fermeture de lits et de pénuries d'infirmières et de techniciens, ce qui donne à penser que des problèmes d'accessibilité continuent d'exister, surtout pour les soins de courte durée et les actes ultra-spécialisés. D'après des articles parus à ce sujet, ces problèmes pousseraient certaines personnes à se faire soigner aux États-Unis⁷².

Les opinions divergent quant à l'exacitude de ces rapports.

Il est encore impossible de déterminer avec précision le montant en dollars canadiens d'assurance-santé dépensés pour des Canadiens traités aux États-Unis, ou la nature des traitements en question (soins urgents ou facultatifs, genre d'acte médical ou diagnostique). Cette lacune s'explique en grande partie par les difficultés et les coûts du traitement des données nécessaires pour procéder à ces calculs. Il ressort néanmoins des renseignements existants que ces dépenses sont considérables dans certaines régions avoisinant la frontière canado-américaine (le sud de l'Ontario et la Colombie-Britannique, par exemple), et insignifiantes ailleurs (les Territoires). Certains professionnels de la santé croient que les problèmes d'accessibilité dans les établissements de soins de courte durée sont causés par un sous-financement, compte tenu d'une augmentation de la demande de la clientèle, dont les attentes augmentent également à l'égard de ce que le système peut ou devrait offrir. D'autres, y compris des analystes de la politique de la santé et des groupes de consommateurs, estiment que les problèmes d'accessibilité tiennent davantage aux accords de financement et à l'administration des ressources. Ils dénoncent la mauvaise répartition de ces ressources, où l'utilisation non efficace et souvent non évaluée des ressources constitue

«Waiting lists: 'Price of Universal Health Care'», *Calgary Herald*, 7 mars 1990; «Emergency Rooms Still Strained Beyond Limits, Doctors Complain», *Montreal Gazette*, 7 décembre 1988; «Ontario Cancer Care Waiting List More Than Double in Year», *Globe and Mail*, 1^{er} octobre 1990; «Limited Funds Stymie Elective Surgery», *Halifax Chronicle Herald*, 30 janvier 1989; «Heart Patients May Be Sent to U.S.», *Ottawa Citizen*, 14 janvier 1990; «Addicts Seek U.S. Treatment to Avoid Ontario Delays», *Globe and Mail*, 7 mai 1990.

L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

Le principe de l'accessibilité, tel qu'il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*, s'entend d'un accès raisonnable pour les Canadiens aux services de santé assurés, sans entraves financières ou autres. La poursuite de l'objectif d'un accès égal aux services médicaux et hospitaliers est, depuis la Seconde Guerre mondiale, une caractéristique dominante de la politique canadienne sur la santé. Aux termes de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* de 1957 et de la *Loi sur les soins médicaux* de 1966, le gouvernement fédéral versait des fonds aux régimes provinciaux d'assurance-santé satisfaisant les critères suivants : l'intégralité de la protection, l'universalité, la transférabilité des avantages et l'administration sans but lucratif du régime. Ces principes ont été réaffirmés dans la *Loi canadienne sur la santé* de 1984. Il s'ensuit que tous les citoyens canadiens devraient avoir accès aux soins de santé, et ce, en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. Toutefois, d'après des témoins qui ont comparu devant le Comité, des problèmes d'accessibilité subsistent.

Il a été fait mention de cas où des malades ont eu de la difficulté à être admis dans des établissements de soins de courte durée, surtout pour obtenir un traitement hautement spécialisé comme une chirurgie cardiaque. Des témoins représentant des personnes âgées et des handicapés physiques et mentaux ont dit avoir éprouvé de la difficulté à obtenir les services communautaires et sociaux de même que les services à domicile et de soutien dont ils ont besoin. D'autres sont venus dire au Comité que des femmes, des enfants et des pauvres ne pouvaient obtenir les soins requis. Même si les Canadiens ont accès à la plupart des services médicaux et hospitaliers sans entraves financières directes, il y a toujours des écarts entre les riches et les pauvres quant à l'utilisation des services de santé, l'état de santé et l'espérance de vie. Des écarts semblables existent entre les populations autochtones, les immigrants, les minorités culturelles et le reste de la population. À ce sujet, les témoins ont vivement souhaité que

d'aujourd'hui. Ce phénomène pourrait entraîner un accroissement du nombre de personnes âgées ayant besoin de services de soutien. Troisièrement, les soins non professionnels surtout dispensés aujourd'hui par des femmes, diminueront à mesure que plus de femmes travailleront en dehors du foyer. De plus, les femmes qui font partie de la population active s'attendront elles-mêmes à plus de services de soutien communautaires⁶⁹. Il faudra donc veiller, dans la planification des services, à prévoir les différences qu'il y aura entre les personnes âgées de demain et celles d'aujourd'hui.

Certains estiment que l'augmentation de l'espérance de vie a été partiellement réalisée au prix d'une plus grande incapacité et d'une hausse du coût des soins de santé⁷⁰.

D'autres disent que la durée de vie maximale (par opposition à l'espérance de vie) est relativement fixe («mort naturelle») et que l'apparition des maladies chroniques caractérisées par l'incapacité et la dépendance peut être retardée, limitant ainsi les effets de ces maladies à une période relativement courte, proche de la fin de la vie («compression de la morbidité»). Cela revient à dire que les personnes âgées de demain auront besoin de moins de services de santé que celles d'aujourd'hui⁷¹.

Ces théories relèvent encore du domaine de la spéculation et il faudra d'autres recherches pour recueillir des renseignements assez fiables pour servir de base à une politique future de la santé. Il ne fait guère de doute que la mise en oeuvre de programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé susceptibles de retarder la période d'incapacité marquant la fin de la vie et de prolonger ainsi la période d'autonomie peut être productive à long terme. À court terme, nous devons nous attaquer au problème immédiat de l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées ayant besoin de services de santé appropriés.

69 AMC, *op. cit.*, p. 7.

70 Wilkins, R. et O. Adams, *Healthfulness of Life*, Institut de recherches politiques, Montréal, 1983.

71 Fries, J.F., «Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity», *New England Journal of Medicine*, vol. 303, 1980.

Selon le Dr D.W. Mollo, du Groupe de recherches gériatriques de l'Université McMaster, les personnes âgées font souvent l'objet d'«interventions excessives», surtout parce qu'il n'existe aucun mécanisme leur permettant, ainsi qu'à leur famille, d'exprimer d'avance leur volonté quant au genre de traitement qu'ils aimeraient recevoir en cas de maladie grave. Le Dr Mollo, qui dirige un centre de traitement des troubles de la mémoire, a dit qu'il s'inquiétait beaucoup de ce qu'il adviendra de ses patients lorsqu'ils seront devenus trop déments pour prendre leurs propres décisions. Il a cité des études récentes selon lesquelles plus de 47 % des personnes âgées de plus de 85 ans sont frappées de démence. Le Dr Mollo s'occupe actuellement d'un projet visant à établir une nouvelle «directive sur les soins de santé» qui permettrait aux personnes âgées, aux malades chroniques et aux invalides, ainsi qu'à leur famille, de préciser le niveau de soins qu'ils souhaiteraient recevoir en cas de maladie grave. En se basant sur sa propre expérience, le Dr Mollo croit que les directives en question pourraient améliorer la qualité de vie des gens, accroître leur autonomie et réduire considérablement le recours des personnes âgées aux services de santé (permettant des économies d'au moins 5 % du budget total des soins de santé)⁶⁸.

RECOMMANDATION

14. Que le gouvernement fédéral prenne des mesures pour déterminer la possibilité de légiférer afin de permettre aux personnes âgées de préciser le niveau de soins qu'elles souhaiteraient recevoir si jamais elles étaient atteintes d'une maladie les rendant incapables à prendre une décision.

D. LES PERSONNES ÂGÉES, LE COÛT DES SOINS DE SANTÉ ET LES BESOINS FUTURS

Le Canada a actuellement la première génération dont les membres peuvent s'attendre à vivre vieux et dont l'espérance de vie égale ou dépasse l'âge de la retraite obligatoire. D'ici 2021, on prévoit que 18 % des habitants du pays auront atteint le troisième âge. Beaucoup de gens prédisent que les personnes âgées d'alors seront différentes de celles d'aujourd'hui, notamment par leurs besoins de services de santé. D'après certains observateurs, elles seront mieux préparées, mentalement et financièrement, à la retraite. D'autres estiment qu'à cause des tendances récentes dans le domaine des pensions, les gens à la retraite vont se sentir moins à l'aise financièrement. D'ailleurs, le nombre de personnes âgées vivant seules sans conjoint, par suite de l'augmentation des divorces et du nombre de personnes âgées vivant seules parmi les jeunes

les personnes âgées (près de 90 % dans certaines provinces, ces cinq à dix dernières années) est attribuable à la hausse du prix des médicaments (environ 54 % en cinq ans)⁶⁴.

L'Association canadienne de l'industrie du médicament a informé le Comité que, selon le rapport publié en novembre 1989 par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, les prix à la production des médicaments brevetés ont augmenté en moyenne d'un pourcentage inférieur à ce qu'autorisent les lignes directrices du Conseil, lesquelles se fondent sur l'indice des prix à la consommation⁶⁵. L'Association a signalé que les médicaments constituent l'élément le moins coûteux et le plus rentable des coûts des soins de santé. Cependant, le Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques a noté que le budget du Régime de médicaments de cette province a augmenté plus rapidement que celui de n'importe quel autre programme ontarien de soins (hausse annuelles moyennes de 20,4 % entre 1978 et 1988). Même si ce Régime fournit gratuitement des médicaments aux résidents de l'Ontario âgés de 65 ans et plus, le Comité d'enquête affirme que certains groupes, notamment les travailleurs pauvres et les personnes ayant des frais de médicaments extrêmement élevés par suite de maladies chroniques ou de handicaps graves, n'arrivent pas toujours à se procurer les médicaments dont ils ont besoin⁶⁶.

Certains chercheurs ont examiné la possibilité que les nouvelles interventions qui prolongent la vie augmentent la «fragilité» des personnes âgées, mais leurs travaux n'ont pas abouti à des résultats concluants. Dans une étude sur la prestation des soins aux personnes âgées, l'Institut pour l'établissement de santé de l'avenir recommande de raffiner les objectifs de la politique de la santé pour qu'ils visent non seulement la réduction de la mortalité, mais aussi l'accroissement de la capacité de fonctionner. D'après cette étude, de tels objectifs sensibiliseraient davantage le public au prix à payer sous forme d'invalidité pour réduire le taux de mortalité et vice-versa :

... cela renforcerait les efforts visant à assurer que certaines innovations technologiques, tant sur le plan du diagnostic que de la thérapie, ne donnent pas lieu à des conséquences plus graves que les avantages réels, particulièrement quand on ne parvient pas à obtenir ces derniers⁶⁷.

64

Mémoire, p. 20.

65

Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 53, p. 108.

66

Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques, *op. cit.*, p. ii.

67

Institut pour l'établissement de santé de l'avenir, *Le vieillissement : La prestation de soins de santé, demain*, Ottawa, 1988, p. iii-3.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge signale qu'environ 40 % des visites à l'urgence et de 10 à 20 % des hospitalisations des personnes âgées sont liées, directement ou indirectement, à un mauvais usage de médicaments⁵⁹. L'incidence des mauvaises réactions aux médicaments parmi les personnes âgées est trois fois plus élevée que chez les jeunes. D'après le récent rapport publié par le Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques, 80 % de ces réactions sont évitables⁶⁰.

Chez les personnes âgées, les mauvaises réactions aux médicaments sont dues à plusieurs facteurs. L'étude menée en 1987 par l'AMC a montré que la présence d'affections multiples nécessitant plusieurs médicaments accroît les chances d'apparition de ces réactions. De plus, les personnes âgées peuvent se tromper sur les doses, sur le moment de prendre les médicaments et sur l'ordre dans lequel il faut les prendre, sans compter les effets, qu'on retrouve aussi dans l'ensemble de la population, dus aux médicaments en vente libre⁶¹. L'étude ontarienne de 1990 a également mis en évidence d'autres causes de réactions : manque de formation de certains médecins en matière de médication pour les personnes âgées, double système d'ordonnance pendant un séjour à l'hôpital et après l'hospitalisation, sensibilité accrue des personnes âgées aux médicaments et mauvaise conservation de ces derniers⁶².

L'atelier tenu en Colombie-Britannique a mis en évidence la nécessité d'aider les personnes âgées à mieux comprendre et utiliser les médicaments. On a parlé de l'urgence d'encourager et d'aider les médecins, les pharmaciens et les infirmières à faire preuve de jugement en fournissant ces médicaments et à en surveiller l'usage⁶³. Le Comité d'enquête ontarien et plusieurs témoins ont recommandé la mise au point d'une carte informatisée pour faciliter l'utilisation et le contrôle des médicaments.

D'après les renseignements recueillis, toute mesure prise pour atténuer ce problème permettrait de réduire les coûts des soins de santé en abaissant les frais des programmes provinciaux de médicaments et en évitant des interventions médicales, des hospitalisations et même des placements en établissement liés au mauvais usage de médicaments. Selon le Conseil consultatif national sur le troisième âge, la plus grande partie de l'augmentation des frais des programmes provinciaux de médicaments pour

58 Mémoire, p. 20.

60 Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques, Frederick H. Lowy, président, *Prescriptions for Health*, Toronto, 1990, p. x-xi.

61 AMC, *op. cit.*, p. 32.

62 Comité d'enquête de l'Ontario sur les produits pharmaceutiques, *op. cit.*, p. x.

63 Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, *op. cit.*, p. 7.

domicile, ce qui empêche les comparaisons valables entre provinces dans les domaines de la prestation, du coût et de la qualité des services⁵⁷.

RECOMMANDATIONS

10. Que l'on consacre des ressources à l'information des personnes âgées afin de leur donner davantage de pouvoirs à titre de consommateurs et qu'elles puissent partager avec leur famille, les professionnels de la santé et les non-professionnels qui les soignent, la responsabilité de faire un choix valable au sujet de leur propre santé.

11. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, uniformise la terminologie partout au Canada, afin de permettre des comparaisons valables de la qualité et du coût des soins institutionnels, communautaires et à domicile.

12. Que le gouvernement fédéral soutienne la recherche, l'éducation ainsi que le développement de compétences spécialisées en gériatrie et en gérontologie parmi les professionnels de la santé et du service social.

13. Que le gouvernement fédéral, dans le cadre d'une politique nationale de la santé, planifie les services de santé pour les personnes âgées, en tenant compte de facteurs tels que les modes de vie actuels et futurs, le rôle de la famille, la disponibilité des services sociaux, les ressources financières des personnes âgées et les besoins particuliers des aînés, handicapés physiques et mentaux.

Il existe un problème de consommation excessive de médicaments par les personnes âgées. Comme le mentionne un récent rapport sur les délibérations d'un atelier tenu sur cette question, les médicaments ne sont pas toujours prescrits ou pris à bon escient et pourraient parfois être remplacés avantageusement par d'autres moyens⁵⁸.

57 Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Réforme des soins de santé destinés aux personnes âgées*, Ottawa, novembre 1989; Conseil consultatif national sur le troisième âge, *Vieillesse et le CCNTA : la position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés*, janvier 1990.

58 Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, *Medication Use and Elderly People*, Vancouver, 1989, p. 7.

- Il n'existe pas au Canada de régime de soins unique pour les personnes âgées. Chaque province offre un certain nombre de services selon ses ressources financières et humaines, le développement et l'orientation de ses services de santé et sociaux et sa politique de la santé. Les services sont donnés par des médecins, d'autres professionnels de la santé, divers organismes sociaux, des bénévoles, des amis et des membres de la famille, et sont financés par le gouvernement fédéral, les provinces, les administrations locales et les organismes bénévoles. D'après le rapport du Comité des soins de santé pour gens âgés de l'AMC, des témoins et de récentes études de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et du Conseil consultatif national sur le troisième âge, les services de santé offerts aux personnes âgées présentent les lacunes suivantes :
- insistance excessive sur le modèle médical de la santé, qui entrave l'accès des personnes âgées à d'autres services professionnels essentiels, tels que les soins à domicile;
 - fragmentation des soins par suite d'une division arbitraire des responsabilités entre les ministères et les organismes de tous les paliers de gouvernement, ce qui nuit considérablement à la continuité des soins;
 - enseignement insuffisant de la gériatrie et de la gérontologie à tous les niveaux d'éducation des domaines de la santé et du service social, et pénurie correspondante de personnel compétent et intéressé;
 - besoin d'expansion des services communautaires offerts aux personnes âgées avant et après l'apparition de la maladie, afin de prévenir l'hospitalisation prématurée ou inutile;
 - financement insuffisant et non flexible des soins professionnels, institutionnels et communautaires, qui souvent ne suit pas l'évolution des besoins;
 - «paternalisme condescendant» du public et des professionnels à l'égard des personnes âgées, qui favorise leur placement prématuré en établissement et les décourage de rester autonomes, surtout lorsqu'elles courent certains risques personnels;
 - manque de cohérence de la terminologie employée dans les différents gouvernements pour décrire les genres et les niveaux de soins en établissement et à domicile;

logiques (phénomènes liés au vieillissement normal). La recherche permet de croire que le vieillissement entraîne un déclin progressif des fonctions physiologiques, dont le rythme peut être accéléré par la maladie, mais qui n'en est pas un effet. Nous pouvons nous attendre à ce que les gens aient besoin de soins et de soutien à mesure que leurs fonctions physiologiques se détériorent par suite du vieillissement et de diverses maladies chroniques. Des chercheurs et des témoins ont souligné qu'il est urgent d'adopter, en ce qui concerne les aspects de la politique de la santé liés au vieillissement, des définitions débordant le cadre du système actuel. Fraser Mustard affirme, par exemple :

Tant qu'ils demeurent sains de corps et d'esprit, les gens qui ont un revenu suffisant et qui sont autonomes sur les plans du logement et du transport ont une meilleure qualité de vie et vivent plus longtemps que ceux qui ont moins de ressources financières et d'autonomie. Dans une société, les politiques concernant les pensions, le logement et d'autres formes de soutien économique ont des répercussions très sensibles sur la qualité de vie, l'état de santé et le fonctionnement des personnes âgées⁵⁴.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a également mentionné cette notion plus vaste des soins de santé pour les personnes âgées :

Pour être en mesure d'offrir des soins de santé adéquats, il est nécessaire de garantir l'accès à une vaste gamme de services qui débordent de loin le modèle médical de la santé et qui se prolongent bien au-delà des établissements de soins de santé, c'est-à-dire des services qui répondent aux besoins de santé physique, mentale et sociale des Canadiens âgés⁵⁵.

D'après certains témoins qui ont comparu devant le Comité, les méthodes actuelles de financement des soins ne tiennent pas compte des multiples dimensions de la santé et sont beaucoup trop axées sur le traitement des maladies aiguës, les services en établissement et les soins curatifs. Ainsi, les infirmières de l'Ordre de Victoria croient que «les mécanismes de financement gouvernemental en vigueur à l'heure actuelle n'incitent pas à trouver des solutions de rechange moins coûteuses à l'institutionnalisation des personnes âgées ayant un état de santé fragile et des maladies chroniques⁵⁶». Des témoins ont également mentionné que les personnes âgées ont besoin d'un accès plus facile et plus efficace à un vaste éventail de services, y compris aux soins de santé, par l'intermédiaire d'un point d'entrée unique (comme dans le cas des centres de promotion du mieux-être des personnes âgées, qui font partie du projet de santé de Victoria).

54 Mustard, J. Fraser, *op. cit.*, p. 189.
55 Mémoire, p. 13.
56 Mémoire, p. 1-2.

en outre la principale raison pour laquelle les personnes âgées souffrant d'incapacité et vivant chez elles ne disposent pas d'appareils ou d'installations d'aide à la mobilité, comme des rampes ou des mains courantes ⁵¹.

RECOMMANDATION

9. Que le gouvernement fédéral établisse, dans le cadre d'une politique nationale de la santé, des objectifs visant à améliorer l'accès des personnes âgées et des personnes handicapées à une vaste gamme de services dont leur santé dépend.

Tandis que les personnes de 65 à 84 ans sont hospitalisées trois fois plus que celles de 25 à 64 ans, les plus de 85 ans (souvent appelées «personnes âgées fragiles») le sont cinq fois plus. Un petit groupe de personnes âgées (moins de 5 %) totalise en fait le plus grand nombre de jours d'hospitalisation⁵².

Il est évident que les responsables de la politique de la santé doivent tenir compte de l'utilisation croissante des services médicaux et hospitaliers par les personnes âgées. La recherche montre que, dans le passé, l'évolution des méthodes de traitement a eu beaucoup plus d'effets que l'évolution du nombre et de l'âge des patients. D'après certains témoins, nous devrions chercher à déterminer si l'utilisation accrue des services médicaux et hospitaliers par les personnes âgées ne reflète pas en réalité davantage l'absence ou le manque d'accessibilité de soins plus appropriés (par exemple, soins communautaires et à domicile pouvant remplacer les soins en établissement et accès direct à des professionnels de la santé n'appartenant pas au monde médical) qu'une augmentation des besoins ou de l'incidence de la maladie.

Dans une étude sur le recours aux services médicaux par les personnes âgées en Colombie-Britannique, on mentionne :

On ne saurait trop insister sur l'importance des facteurs sur lesquels se fonde la politique des soins de santé. Le recours accru aux services dans un groupe d'âge déterminé, reflétant des hausses sous-jacentes des taux de morbidité, nécessite des interventions très différentes de celles qui seraient les plus indiquées pour faire face à des hausses dues à l'évolution du régime de soins⁵³.

Les témoins ont insisté sur le fait que le vieillissement n'est pas une maladie et ont mis en évidence les difficultés occasionnées par la tendance actuelle à confondre les problèmes gériatriques (maladies des personnes âgées) et les problèmes géronto-

⁵¹ Dunn, D' Peter A., *op. cit.*, p. 1-2.

⁵² Mustard, J. Fraser, «Aging and Health: Research, Policy and Resource Allocation», dans *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*, Steven J. Lewis, Lewis Publishers, Michigan, 1989, p. 189.

⁵³ Morris L. Baret, Indra R. Pulcins, Robert G. Evans, Clyde Hertzman, Jonathan Lomas et Geoffrey M. Anderson, «Trends in Use of Medical Services by the Elderly in British Columbia», *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 141, 1989, p. 45.

D'après les témoins (D^r Ley, D^r Peter Gilynn, l'AMC), 80 % des soins communautaires dont bénéficient les personnes âgées consistent en soins non professionnels, dispensés surtout par des femmes qui auraient besoin de services de relève et de soutien. Or ce bassin d'intervenants diminue progressivement à mesure que les femmes s'intègrent à la population active. Les témoins ont ajouté qu'en planifiant les services de soins communautaires de l'avenir, il faudra aussi tenir compte du fait que les femmes qui travaillent à l'extérieur ont des attentes différentes de celles qui restent au foyer.

RECOMMANDATION

8. Que le gouvernement fédéral inscrive au programme de la prochaine conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé l'établissement de services de soutien et de relève destinés aux bénévoles qui soignent les Canadiens âgés ou handicapés.

D'après une étude de Statistique Canada, la gravité des incapacités augmente radicalement avec l'âge. Le pourcentage de personnes âgées atteintes d'une incapacité grave passe de 20 % entre 65 et 74 ans, à 49 % chez les 85 ans ou plus⁴⁹.

D'après l'étude de Statistique Canada, environ 84 % des personnes souffrant d'une incapacité vivent à la maison, et les 16 % restants, dans des établissements. L'étude réalisée par l'AMC en 1987 a révélé qu'en 1981, les personnes âgées représentaient 10 % de la population du Canada, mais que, d'après les estimations, elles comptaient pour 40 % du total des dépenses de santé⁵⁰. À l'heure actuelle, les aînés représentent environ 11 % de la population canadienne et, d'après les estimations les plus fiables actuellement à notre disposition, comptent encore pour environ 40 % de la facture totale des dépenses de santé. L'étude de Statistique Canada cite trois grandes raisons pour lesquelles tant de Canadiens âgés souffrant d'incapacité ne peuvent pas se livrer à des activités quotidiennes normales : le manque de services de soutien, la pauvreté et le fait que les collectivités sont conçues pour les personnes valides. Le manque d'argent serait

49 Dunn, D^r Peter A., *Obstacles auxquels font face les personnes âgées ayant une incapacité au Canada*, série spéciale de l'Enquête sur la santé et les limitations d'activités, 1990, p. 10.

50 AMC, *op. cit.*, p. 4-5. L'étude a révélé qu'en 1981-1982, les personnes âgées avaient utilisé 48 % des journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux et les hôpitaux spéciaux connexes, et 72 % des jours dans les établissements de soins prolongés. Les personnes âgées auraient aussi utilisé le tiers des journées d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques et 20 % des services de médecins, ce qui représente ensemble 40 % (10 milliards de dollars) du total des dépenses pour la santé.

les dépenses publiques consacrées à la santé, à l'éducation et aux pensions représenteraient dans 50 ans la même part de l'économie qu'à l'heure actuelle, en dépit du vieillissement de la population⁴⁵.

M. Fellegi signale cependant que, pour faire face au vieillissement de la société canadienne d'une manière efficace et humaine, il faudra «une série de rajustements sociaux dont l'effet cumulatif pourrait être très important»⁴⁶.

Certains observateurs du domaine de la santé sont d'avis que le financement du système est insuffisant et mentionnent, à l'appui de leur point de vue, l'augmentation constante du nombre de patients attendant une chirurgie cardiaque, une lithotritie ou une dialyse rénale, et les ambulances renvoyées d'un hôpital à l'autre par suite de l'encombrement des services des urgences ou du manque de lits. Pour ces observateurs, les personnes âgées, que certains qualifient de «bloqueurs de lits», sont l'une des principales causes de l'insuffisance des services de santé et de la hausse correspondante du coût des soins.

C. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Bien que les gens du troisième âge soient de grands consommateurs de soins de santé, une étude de l'Association médicale canadienne (AMC) confirme que la plupart d'entre eux ne sont pas malades et seraient en mesure de mener une vie autonome s'ils pouvaient recourir à l'occasion à certains services de soutien⁴⁷.

Beaucoup de témoins ont dit au Comité que, malheureusement, ces services sont souvent fragmentés, non coordonnés ou simplement inexistants. Pour eux, l'importance accordée au modèle médical et une répartition des ressources ne favorisant guère le recours aux soins dispensés hors des établissements compte parmi les causes fondamentales de ces problèmes. Le Dr Dorothy Ley, présidente du comité de l'AMC qui a réalisé l'étude mentionnée ci-dessus, a déclaré devant le Comité que le Canada devrait consacrer plus de ressources pour favoriser l'autonomie et améliorer la qualité de vie des personnes de 65 à 75 ans afin de réduire les longues périodes de soins intensifs dont beaucoup de gens ont besoin à la fin de leur vie⁴⁸.

⁴⁵ *Idem*, p. 4.1-4.2.

⁴⁶ *Idem*, p. 4.2.

⁴⁷ Comité des soins de santé pour gens âgés de l'Association médicale canadienne, *Les soins de santé pour gens âgés : les défis d'aujourd'hui, des solutions pour demain*, 1987, p. 4-5.

⁴⁸ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 16.

similaires qui seront, en quelque sorte, plus vieilles que les plus vieilles sociétés d'aujourd'hui⁴².

L'expérience acquise ailleurs montre qu'une planification et une utilisation judicieuses des ressources, y compris les ressources en matière de santé, seront nécessaires pour que le Canada continue à prospérer malgré le vieillissement de sa population.

B. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LE COÛT DES SOINS DE SANTÉ

À cause de l'augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population et de leur tendance à recourir davantage aux soins de santé que les jeunes, on peut craindre que les taux d'utilisation et les coûts ne montent en flèche. À cet égard, les points de vue sont partagés. Pour certains, la hausse des coûts due au vieillissement de la population entraînera soit l'effondrement, soit un changement radical des mécanismes actuels de financement des services hospitaliers et médicaux. D'autres, tout en convenant que l'augmentation de la population âgée fera sensiblement monter le coût des soins, tant par habitant que par rapport au PNB, estiment que la plus grande part de l'augmentation ne se concrétisera que dans plusieurs décennies et ne prendra pas, de toute façon, des proportions de crise. Quelques spécialistes croient même qu'avec les progrès de la technologie et de l'organisation, une bonne planification et des modifications appropriées de la politique de la santé pourraient abaisser le coût des soins⁴³.

Dans un article intitulé «Pouvons-nous assumer le vieillissement de la population?», le statisticien en chef du Canada, Ivan P. Fellegi, a dit que la capacité de la société d'absorber le coût des soins dépendra de la performance de l'économie et de changements imprévisibles⁴⁴. D'après l'article, axé sur les trois programmes sociaux les plus coûteux (santé, éducation et pensions) :

... les tendances semblent indiquer que le taux de croissance des dépenses publiques attribuable au vieillissement de la société sera comparable aux taux de croissance observés au cours des 30 dernières années. Par conséquent, si la tendance de la croissance économique se maintient à long terme et que les coûts unitaires évoluent selon les prévisions,

42

Idem, p. 21.

43

Denton, Frank T. et Byron Spencer, «Population Aging and Future Health Costs in Canada», *Canadian Public Policy*, vol. 9, n° 2, juin 1983, p. 155-163.

44

L'Observateur économique canadien, vol. 1, octobre 1988, p. 4.1 - 4.34.

LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

A. LES TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES

Les effets du vieillissement de la population sur le régime canadien de soins de santé constituent actuellement un grave sujet de préoccupation. La proportion des 65 ans et plus doit doubler dans les 50 prochaines années et celle des 85 ans et plus va probablement quadrupler. Le rapport de l'Étude démographique de Santé et Bien-être social Canada révèle que, dès 1986, la structure d'âge au Canada était en train de passer d'une population comptant beaucoup de jeunes et comparativement peu de personnes âgées, à une population dans laquelle, d'après les projections, les gens d'âge mûr et les personnes âgées prédomineront en l'an 2031. La structure vieillissante est caractéristique des sociétés modernes à faible fécondité. Beaucoup de pays d'Europe en sont déjà là. La Suède, par exemple, a aujourd'hui une structure d'âge qui ressemble à celle que le Canada devrait avoir en 2031⁴¹.

Les comparaisons internationales permettent de croire que le vieillissement de la population ne constitue pas en soi un problème. Les populations de la Suède et de l'Allemagne de l'Ouest, nations dynamiques et prospères, comptent parmi les plus vieilles du monde. Par contre, la plupart des pays en voie de développement ont actuellement une fécondité et une croissance démographique beaucoup plus élevées qu'au Canada et, par conséquent, des populations beaucoup plus jeunes. On prévoit qu'au cours du prochain siècle, tous les pays convergeront vers des structures d'âges

6. Que, d'ici deux ans, le gouvernement fédéral produise un rapport complet fondé sur une compilation des recherches actuelles et des études pilotes des modes de rémunération des médecins, en mettant un accent particulier sur la pertinence de certains modes de rémunération pour certaines catégories de service spécifiques.
7. Que le gouvernement fédéral incite les provinces et les territoires à continuer d'élaborer des solutions de rechange novatrices aux modes de rémunération des médecins.

d. Accroissement de l'effort de recherche appliquée

Durant les audiences, il est devenu évident que trois secteurs de la recherche appliquée nécessitaient plus d'attention, soit les garanties concernant la qualité des services, les systèmes de prestation et de gestion des services, et l'évaluation de la technologie.

Des témoins ont affirmé que le lien entre la rentabilité et la qualité des soins n'allait pas de soi. Certains ont fait valoir que le Canada devrait pousser plus loin la recherche appliquée afin de trouver des moyens nouveaux et adéquats de fournir les soins. Ils estimaient que ce type de recherche aurait pour effet d'informer les décideurs et les dispensateurs de services. On a recommandé de faire un effort en vue de synthétiser, coordonner et publier les résultats d'une telle recherche et de les traduire en directives nationales.

Des témoins ont fait valoir la nécessité de trouver des solutions de rechange au système actuel de santé, mais peu d'entre eux ont fourni des données sur le coût d'une telle mesure. Il est par conséquent nécessaire d'intégrer des méthodes d'évaluation à tout projet pilote dans ce domaine.

De nombreux témoins ont souligné la nécessité d'établir dans quelle mesure les nouvelles technologies contribuent à améliorer la qualité et le rapport coût-efficacité des soins de santé. Le Comité considère la création récente de l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé comme un progrès important dans cette direction.

Les questions et les recommandations relatives à la recherche figurent dans le chapitre 7.

Comparant le mode de rémunération à l'acte à la rémunération salariale, il tirait les mêmes conclusions :

On a étudié une procédure donnée, l'endartectomie [sic] de la carotide, et on s'est aperçu que chez les chirurgiens salariés, l'opération se justifiait dans 65 % des cas et, chez les médecins rémunérés à l'acte, dans 45 % des cas. Par conséquent, même chez les salariés, 35 % des endartectomies [sic] de la carotide étaient pratiquées dans des circonstances injustifiées³⁸.

Il s'ensuit que même si les modes de rémunération autres que la rémunération à l'acte permettent de réduire le nombre d'interventions injustifiées, il est peu probable qu'ils puissent les éliminer complètement.

Il semble en outre qu'il serait difficile de réformer le mode de rémunération à l'acte. Le Dr David Naylor faisait remarquer que cette forme de rémunération est généralisée au Canada et qu'il serait difficile d'envisager d'autres modes de rémunération au sein de notre système d'assurance-santé. Il déclarait :

Avec un système universel de paiement d'avance sans plafonnement, qui permet aux médecins d'entrer sur le marché et d'en sortir, d'ouvrir un bureau, d'établir une pratique privée avec paiement à l'acte et l'assurance d'être rémunéré totalement pour leurs services, il est très difficile d'implanter un système de paiement concurrentiel; le système en place est le système dominant³⁹.

Une étude effectuée par Contandriopoulos, Lemay et Tessier⁴⁰ indique qu'il n'existe pas de mode parfait de rémunération des médecins. Tous les modes comportent des avantages et des inconvénients. Certains témoins ont néanmoins proposé d'ajuster le mode de rémunération en fonction du type de service fourni. Par exemple, puisque le mode de rémunération à l'acte ne tient pas compte du temps passé par les médecins avec leurs patients, on a recommandé qu'ils soient à salaire pour leur pratique dans les maisons de repos, dans les hôpitaux pour malades chroniques, dans le cadre des programmes de soins communautaires, ainsi que pour les visites à domicile. Le Dr Philip Berger, membre d'une équipe médicale qui dispense des soins primaires aux personnes atteintes du SIDA dans le centre-ville de Toronto, a déclaré au Comité qu'un bonne partie de son travail, surtout auprès des patients en phase terminale, consiste à donner des conseils au téléphone ou à effectuer des visites à domicile, services qui cadrent mal dans les catégories prévues dans le mode actuel de rémunération à l'acte.

38

Idem.

39

Idem, fascicule n° 43, p. 8.

40

Les coûts et le financement du système socio-sanitaire, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, 1988.

du système public. Selon M. Castonguay, puisque les bénéficiaires auraient la liberté de choisir où se faire soigner, ils choisiraient le service le plus efficace. Dans cette optique, la privatisation de certains services augmenterait la concurrence entre les divers types d'institutions, ce qui contribuerait à améliorer le rendement du système.

Par ailleurs, au plan de l'utilisation générale des ressources nationales, certains observateurs craignent que ce type de privatisation ne contribue à accroître les coûts des soins de santé. Des observations effectuées dans d'autres pays indiquent clairement que les systèmes mixtes, financés par les secteurs public et privé, coûtent beaucoup plus cher que les systèmes publics universels, tant du point de vue de la prestation des soins que de l'administration³⁶.

Theodore Marmor a cité en exemple l'expérience américaine pour démontrer que le financement privé peut compromettre le contrôle des coûts de la santé, et il ajoutait que les États-Unis sont le seul pays de l'OCDE qui n'ait pas réussi à contrôler ses coûts.

c. *Modification du mode de rémunération des médecins*

Actuellement, la plupart des médecins au Canada sont rémunérés à l'acte. Certains témoins ont exprimé l'avis que ce mode de rémunération contribue sensiblement à accroître les coûts des soins. La principale critique à son endroit est qu'il entraîne une surutilisation des services. Les témoins en faveur d'une refonte du mode de rémunération actuel soutiennent que cela permettrait un contrôle plus efficace des coûts. On pourrait ainsi éliminer certains services injustifiés du point de vue médical.

Jonathan Lomas a déclaré au Comité que le remplacement du mode de rémunération à l'acte par d'autres modes permettrait non seulement de réduire les coûts, mais empêcherait également de dispenser certains types de soins, non essentiels. Il faisait remarquer à cet égard :

... il est intéressant de constater qu'avec un système de forfait par patient ou un système comme celui de la HMO (*Health Maintenance Organization* — Organisation de préservation de la santé — Régime de santé familial forfaitaire), la qualité des soins semble effectivement s'améliorer. Avec un système de forfait par patient, les procédures discrétionnaires diminuent de moitié par rapport à ce qu'elles sont dans un système de rémunération à l'acte. Dans le cas du système HMO, c'est environ 30 %³⁷.

36 Evans, Robert, «Reading the Menu with Better Glasses: Aging and Health Policy Research», *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*, Steven J. Lewis, Lewis Publishers, Michigan, 1989, p. 145.

37 *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 52, p. 85.

à l'hôpital) et à éviter les visites inutiles. D'autres soutiennent, au contraire, que les recherches et l'expérience n'ont pas révélé de corrélation appréciable entre la facturation directe aux patients et la fréquence d'utilisation des services. Les adversaires des frais modérateurs soutiennent même que ces frais dissuaderaient les moins bien nantis d'aller chercher les soins dont ils ont besoin.

Selon Kenneth Fyke, l'application de frais modérateurs a des effets malheureux et se révèle souvent inefficace. Il a cité une étude effectuée par la *Rand Corporation*, aux États-Unis, qui révèle que les frais modérateurs réduisent la demande de services hospitaliers dans tous les cas, qu'elle soit justifiée ou non. Il apparaît donc incertain que l'application de frais modérateurs parvienne à limiter seulement l'utilisation abusive des services hospitaliers. M. Fyke déclarait en outre :

Des études démontrent que les frais modérateurs ou dissuasifs découragent les groupes à faible revenu d'avoir recours aux hôpitaux. Or, c'est justement pour ces groupes que nous avons travaillé à mettre sur pied des régimes publics visant à garantir un accès équitable aux soins de santé parce que nous croyions que tous les citoyens devraient avoir accès à des services hospitaliers et médicaux indépendamment de leur revenu. En fait, l'équité de notre système, qui est attribuable à l'application de ce principe, constitue l'une de nos plus grandes réalisations. Cette caractéristique place notre système au-dessus de la plupart des autres, particulièrement au-dessus du système américain où 35 millions de personnes, principalement des petits salariés, ne bénéficient d'aucune protection en matière d'assurance-maladie³⁴.

On a également discuté durant les audiences de la création d'un système mixte de services privés et publics. Selon Theodore Marmor, ce genre de système crée des distorsions entre les deux secteurs et entraîne de nombreux effets secondaires, comme les files d'attente dans les hôpitaux publics. Au sujet de la situation en Israël et en Grande-Bretagne, M. Marmor expliquait :

Il est dans l'intérêt des médecins de créer des files d'attente dans le secteur public afin de pouvoir dire ensuite : «si vous voulez une nouvelle hanches en moins de trois mois, venez me voir cet après-midi dans mon cabinet privé». C'est toujours ce que l'on relève dans les régimes de santé où l'on permet aux médecins de faire et de la pratique privée et de la pratique publique³⁵.

Claude Castonguay a proposé une autre forme de privatisation qui pourrait conduire à la création d'un marché plus concurrentiel fondé sur les choix des consommateurs. Selon lui, certains types de ressources, notamment les centres d'hébergement pour personnes âgées, ne devraient pas toujours être financés à même les fonds publics. Certains types de services de santé pourraient être privatisés; les patients devraient d'abord payer pour les services et obtenir ensuite un remboursement

34

Idem, p. 5.

35

Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 52, p. 93.

Bien qu'il soit de croyance populaire que les soins communautaires soient plus rentables que les soins en institution, Raisa Deber a avisé le Comité que les soins communautaires seraient au contraire plus dispendieux, sauf s'ils étaient offerts sur la base d'une enveloppe budgétaire définie et administrée de façon à limiter les services à ceux qui seraient autrement en institution.

Au sujet de la réaffectation des fonds, Kenneth Fyke a dit ce qui suit :

Je ne me fais pas l'apôtre d'une réduction des dépenses de notre système actuel ou de l'attribution d'une aide financière à celui-ci. Ce que je propose, c'est d'affecter certaines ressources actuellement consacrées aux services traditionnels aux infrastructures de services communautaires ou à domicile. Beaucoup d'études et de documents ont démontré qu'une proportion importante des soins fournis aux malades hospitalisés ne correspondent pas à la définition des soins de courte durée; c'est donc dire que ces soins n'ont pas à être fournis dans un établissement de soins de courte durée pour malades hospitalisés. Dans bon nombre de ces cas, ces soins peuvent être fournis plus économiquement dans d'autres milieux comme les services de consultations externes ou le domicile du malade³³.

Dans le même ordre d'idées, d'autres témoins ont dit que la réaffectation des ressources proposée aiderait à mieux utiliser les fonds existants, à répondre plus efficacement aux besoins de santé actuels et futurs et à freiner la croissance des coûts.

RECOMMANDATION

5. Que le gouvernement fédéral consulte les provinces et les territoires pour le développement d'un mécanisme prévoyant le réaménagement graduel de ressources institutionnelles suffisantes (humaines, financières et technologiques) en vue de constituer des niveaux plus appropriés de services communautaires, de soins à domicile et de soutien social.

b. *Privatisation de certains aspects du système de soins de santé*

Le secteur public englobait en ce moment près des trois quarts des dépenses de santé au Canada. Certains observateurs soutiennent qu'une plus grande privatisation du financement des soins limiterait, par définition, les dépenses publiques dans ce secteur. Les recherches et les exposés de certains témoins laissent croire que l'application de frais modérateurs aux services hospitaliers ou médicaux finirait par amener une utilisation moindre de ces services en en faisant augmenter le coût nominal. Les frais modérateurs pourraient encourager les usagers à choisir le point de service le plus approprié (par exemple, la clinique communautaire plutôt que le service d'urgence

plus court terme.

Bon nombre des témoins ont soutenu que les difficultés auxquelles le système de santé fait face tiennent, non pas tant à une insuffisance qu'à une mauvaise répartition des fonds entre les différentes catégories de services. Ils ont insisté sur le fait que les modalités de financement tendent à favoriser les services curatifs se conformant au modèle médical. En général, ils ont avancé qu'une réaffectation des ressources permettrait de restreindre les hospitalisations inutiles et de favoriser l'accès aux services appropriés, plus particulièrement dans la communauté et à domicile. L'hospitalisation est l'élément le plus coûteux du système et, à ce titre, mérite une attention spéciale. Ils ont mentionné que la valorisation des soins communautaires et à domicile, la promotion de la santé et l'éducation du bénéficiaire de soins seraient rentables à long terme, mais, d'après d'autres témoins, on n'en connaît pas encore très bien l'incidence sur les coûts à plus court terme.

a. Réaffectation des fonds publics

Les témoins aux audiences publiques du Comité ont fait valoir différentes options qui pourraient, du moins partiellement, résoudre les problèmes de financement. Ces options comprennent la réaffectation des fonds publics, la privatisation de certains aspects du système de santé, la modification du mode de rémunération des médecins et l'intensification de la recherche afin de trouver des solutions nouvelles, innovatrices et plus efficaces, pour dispenser des soins de grande qualité.

au Canada

2. Les solutions proposées aux problèmes de financement des soins de santé

Parmi les points faibles du système canadien comparativement au système américain, les auteurs du même document citent les listes d'attente et le rationnement de certains services, les restrictions budgétaires imposées aux hôpitaux et le contingentement du nombre de médecins dans certaines spécialisations et techniques de pointe, le manque d'innovation dans la prestation et le financement des soins, l'absence de dispositions de partage des frais, ce qui semble favoriser la surutilisation des services, le prolongement du séjour moyen à l'hôpital et une plus grande dépendance des personnes âgées vis-à-vis des soins en établissement.

du public.

que, selon la *Loi canadienne sur la santé*, le régime doit être administré sans but lucratif (en 1987, le coût d'administration représentait entre 1,5 et 2,5 % des dépenses de santé au Canada, contre 6 et 8 % aux États-Unis) et, enfin, l'appui dont jouit le système auprès

défrayer les résidents du coût des verres correcteurs, des médicaments prescrits en externe, des soins dentaires généraux et de l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée. La plupart des provinces prévoient toutefois la gratuité des médicaments prescrits en externe aux personnes âgées et aux bénéficiaires de l'aide sociale.

La *Loi canadienne sur la santé* ne précise pas quels services sont prévus dans un programme «intégral», et les provinces et les territoires peuvent inclure (et ils le font) des services additionnels qui ne sont pas exigés en vertu des normes nationales.

Même si la couverture des soins à long terme n'est pas obligatoire en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral verse aux provinces et aux territoires une contribution au prorata de leur population pour aider à payer le coût des soins en centre d'accueil, à domicile et ambulatoires.

Même si elles ne peuvent imposer de frais modérateurs ou de surfacturation sans perdre l'aide financière du fédéral, les provinces ont toute la latitude voulue pour décider comment financer leur part des coûts de santé. Elles peuvent instaurer des primes d'assurance et des taxes de vente, utiliser les recettes générales ou recourir à une combinaison de solutions. L'assurance-santé prend à elle seule la part du lion des budgets provinciaux, mais il existe des écarts considérables quant aux ressources que chaque administration consacre aux soins de santé, ainsi qu'au rythme de croissance des coûts.

1. Les avantages et les inconvénients du système de santé canadien

L'observateur objectif trouvera de nombreux avantages au système canadien de financement et de prestation des soins de santé. Des analystes américains ont commencé d'ailleurs à étudier notre système en vue d'améliorer le leur. Les auteurs d'un document du *Congressional Research Service* des États-Unis soulignent ce qu'ils considèrent être les points forts et les points faibles du système canadien³².

Les points forts comprennent la protection universelle de la population, l'intégralité des services et la latitude considérable accordée aux provinces pour décider comment elles vont financer leur part des coûts, l'existence de normes minimales de soins dans toutes les provinces et les territoires, la transférabilité de la protection partout au Canada, l'absence de limite quant aux coûts des soins médicalement nécessaires qu'une personne peut recevoir, la liberté des médecins de choisir les traitements à donner, sans les contraintes d'examen de l'utilisation et de gestion des soins auxquelles sont soumis leurs confrères américains, la modicité relative des coûts d'administration étant donné

... tout accroissement des sommes destinées au système de santé ne peut donner que de maigres résultats . . . pour améliorer la santé de la population, mieux vaut investir ailleurs, hors du système de santé ³⁰.

Jane Fulton a dit essentiellement la même chose au Comité :

À mon avis, il n'est pas nécessaire de dépenser davantage pour les soins de santé. Il faut plutôt investir dans le logement, le transport et l'environnement. Voilà des domaines où la Constitution vous (le gouvernement fédéral) donne certains pouvoirs . . . ³¹.

RECOMMANDATIONS

2. Que le gouvernement fédéral élabore une politique propre à assurer la santé des Canadiens, dans les domaines où la Constitution lui confère la compétence, comme l'environnement et les secteurs ayant une incidence sur la qualité de vie, notamment le logement, le revenu, l'emploi et l'enseignement postsecondaire.
3. Que le gouvernement fédéral insiste sur la prévention de la maladie et sur la promotion de la santé et qu'il affecte plus de ressources à l'éducation et à l'information des consommateurs, afin d'en faire des partenaires à part entière et de les aider à prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé.
4. Que l'on établisse et finance un Conseil canadien de la santé, représentant les dispensateurs et les bénéficiaires des soins de santé, les chercheurs et d'autres personnes concernées, afin de conseiller le gouvernement fédéral au sujet des questions nationales liées à la santé.

B. LE SYSTÈME DE PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ

Le Canada assure à sa population une protection médicale universelle au moyen de régimes d'assurance-santé financés conjointement par le fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces derniers conçoivent leurs propres régimes en fonction de normes nationales prescrites dans la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral ne verse une pleine contribution financière à ces régimes que s'ils respectent les normes édictées dans la loi.

Les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent assumer le coût des services hospitaliers et médicaux de même que certains actes de chirurgie dentaire pourvu qu'ils soient médicalement nécessaires. Les provinces ne sont pas tenues de

30 *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 52, p. 120-121.

31 *Idem*, fascicule n° 15, p. 6.

Le gouvernement fédéral est présent depuis longtemps dans le domaine de la prévention de la maladie; il a notamment pris des mesures pour protéger l'approvisionnement en nourriture, en eau potable et en médicaments; il fait la promotion de la saine alimentation et lutte contre les maladies infectieuses.

Depuis les années soixante-dix, le gouvernement voit dans la promotion de la santé un moyen de lutter contre la maladie. Selon le modèle de l'Organisation mondiale de la santé, cette promotion est une approche «holistique» parce qu'elle tient compte de l'effet de l'environnement et du milieu social (pollution, violence familiale, accidents de la route, stress, alcoolisme et consommation de drogues, etc.) sur la santé de la population. Elle implique le partage des responsabilités et des ressources entre, d'une part, les gouvernements et les professionnels de la santé et, d'autre part, les particuliers qui prennent leur santé en main et les organismes communautaires et autres groupes de soutien qui, par le passé, n'intervenaient pas dans ce secteur.

Lorsqu'il a exposé certaines des mesures que le gouvernement fédéral a tenté de prendre pour «contrôler les coûts», le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a déclaré ceci :

... Je suis convaincu que nous devons réorienter notre système de santé d'une approche curative à une approche préventive. Cela ne signifie pas que nous cessons de faire tout notre possible pour faire face aux maladies et aux accidents, c'est bien évident. Il est cependant infiniment moins coûteux, pour la société, de veiller à ce qu'un enfant ne commence jamais à fumer que de traiter un fumeur qui attrape le cancer. Il est infiniment moins coûteux d'apprendre aux gens ce qu'il faut faire pour éviter de contracter le SIDA que de fournir des services médicaux aux sidaïques. Il est infiniment moins coûteux de prévenir l'intoxication aux drogues ou à l'alcool que de traiter les intoxiqués²⁸.

Lorsqu'on les compare aux sommes englobées dans les soins curatifs, les crédits consacrés par le gouvernement fédéral à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie ne représentent qu'une partie relativement faible de l'ensemble des fonds affectés à la santé. Par exemple, le gouvernement estime qu'en 1991-1992, Santé et Bien-être social Canada consacrerait 1,2 % (84,9 millions \$) du budget du Programme de la santé aux services et à la promotion de la santé, et 83,8 % (5,8 milliards \$) aux réclamations à l'assurance-santé²⁹.

Certains témoins, ayant suggéré que la santé est aussi déterminée par des facteurs non traditionnels — environnementaux, sociaux et économiques — ont affirmé qu'il faudrait en tenir compte dans la répartition des ressources. Jonathan Lomas, par exemple, estime que :

28

Idem, fascicule n° 28, p. 32.

29

Santé et Bien-être social Canada, *Budget des dépenses 1991-1992*, Partie III, p. 2-13.

à notre système, ce sont, d'une part, des forces expansionnistes et, d'autre part, la réduction des budgets. Il croit donc que nous devons nous entendre pour repenser ce que nous savons des facteurs déterminants de la santé, car ce que nous en savons aujourd'hui est très différent de ce que nous en savions il y a 25 ou 30 ans, lorsque nous avons créé notre système²⁷.

A. PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DE LA MALADIE

Divers témoins, surtout ceux qui participent à des études sur la santé de la population et à des études épidémiologiques, recommandent au gouvernement fédéral de tout mettre en œuvre pour élaborer une politique à long terme en matière de santé, politique qui accorderait la priorité à des facteurs de santé tels que l'environnement et la qualité de vie, notamment les conditions de vie et de développement des jeunes enfants. À leur avis, avec le temps, une telle politique contribuerait peut-être davantage à l'amélioration de la santé qu'un accroissement des dépenses dans le secteur médical et hospitalier.

Comme on considère que l'élévation du niveau de vie et l'amélioration de la santé vont de pair, certains témoins jugent essentiel de mettre en œuvre, avant tout programme de promotion de la santé et de prévention de la maladie visant un groupe défavorisé de citoyens, des programmes sociaux garantissant un revenu suffisant pour permettre à ces bénéficiaires de se loger et de se nourrir convenablement. Cette suggestion s'inscrit dans le cadre d'une recommandation visant à étendre la définition de la santé au-delà des limites de l'actuel système de prestation des soins (l'Association canadienne des diététistes, l'Association des consommateurs du Canada, la Coalition canadienne de la santé, l'Institut canadien de la santé infantile, le Conseil consultatif national sur le troisième âge, les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada). Ces organismes recommandent donc aux gouvernements de réaffecter une partie des fonds consacrés à la santé à des programmes de prévention et de promotion, notamment à des initiatives visant l'élimination des causes sociales de la maladie. Par exemple, certains groupes (l'Institut canadien de la santé infantile, l'Association canadienne des diététistes, l'Association des consommateurs du Canada) ont fait état de la nécessité d'augmenter le nombre de programmes visant à faire évoluer les comportements et contribuant ainsi à réduire les risques de maladie découlant de certaines habitudes, notamment la consommation de tabac, d'alcool et de drogues, et les mauvaises habitudes alimentaires.

²⁷ Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 23, p. 7-8.

de la maladie, de la condition physique et du sport amateur, ainsi que des services fournis aux Indiens, aux immigrants et aux fonctionnaires fédéraux. Le gouvernement fédéral pourrait aussi continuer de jouer un rôle en éducation, en recherche, et dans l'élaboration d'un système national d'information et d'objectifs nationaux.

Les options 1, 2 et 3 seraient compatibles avec l'élaboration d'une politique nationale incorporant des objectifs nationaux précis dans le domaine des soins de santé. Dans un système décentralisé où il reviendrait aux provinces et aux territoires (option 4) de financer et de dispenser les soins de santé à leur population, le respect des normes serait vraisemblablement la responsabilité des provinces et des territoires.

RECOMMANDATION

Après avoir considéré ces quatre options, le Comité recommande:

1. Que le gouvernement fédéral, de concert avec les gouvernements des provinces et des territoires, formule en termes clairs une politique nationale sur les soins de santé qui soit compatible avec la *Loi canadienne sur la santé*. L'énoncé porterait entre autres sur la division des responsabilités entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires, les principes fondamentaux du financement aux termes du FPE et les normes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le gouvernement fédéral pourrait conserver l'aspect financier de son rôle traditionnel, comme certains témoins l'ont recommandé, en rétablissant la formule initiale de financement global en vertu du FPE, selon laquelle le calcul des contributions au comptant versées aux provinces tient compte de la taille de la population et de la croissance du PNB.

À défaut d'une augmentation des contributions au comptant, le gouvernement fédéral pourrait, comme l'a indiqué le ministre des Finances Michael Wilson dans son discours du budget de février 1991, se donner une loi pour garder les moyens de faire observer les principes énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*²³. On ignore pour l'instant quelle en serait la teneur exacte.

Le gouvernement fédéral pourrait modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour offrir aux provinces d'avantage d'options relativement au financement et à la prestation des soins de santé. On a déjà discuté des frais modérateurs dans cette perspective. À cet égard, l'Examen des services de santé (1979-1980) et le Groupe de travail de la Chambre des communes (1981), dont les recommandations ont préparé le chemin pour la *Loi canadienne sur la santé*, ont tous deux conclu que le «coût à l'usager» compromettrait le principe de l'accès raisonnable²⁴. Le Comité tient à réaffirmer les principes de la *Loi canadienne sur la santé* relatifs aux frais modérateurs et à la surfacturation.

OPTION 3 Le gouvernement fédéral peut négocier avec les provinces son rôle dans le domaine des soins de santé.

L'option 3 exigerait l'élaboration d'une politique nationale en matière de santé. Cette politique devrait inclure le partage des responsabilités entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les bases du financement en vertu du FPE et les principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

OPTION 4 Les gouvernements provinciaux et territoriaux pourraient assumer l'entière responsabilité de l'administration, de la prestation et de leurs propres services de santé. Les options 3 et 4 ne s'excluent pas mutuellement et, conséquemment, l'option 4 peut être aussi perçue comme l'un des choix possibles en vertu de l'option 3.

En vertu de l'option 3 ou de l'option 4, on pourrait confier aux provinces la responsabilité du financement et de la prestation des soins de santé, s'accompagnant de la latitude fiscale nécessaire; le gouvernement fédéral conserverait ses responsabilités actuelles pour ce qui est de la promotion de la santé et de la prévention

23
24

Débats de la Chambre des communes, 26 février 1991, p. 17695.

E. M. Hall, *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1980. Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, *Le fédéralisme fiscal au Canada*, Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, 1981.

Le gouvernement fédéral, en imposant des normes, continue de nuire aux efforts déployés par les provinces en vue de contrôler les coûts des programmes, et ce, même pendant qu'il cherche à revenir sur ses engagements financiers envers les provinces 22.

Cette question, manifestement, divise et enflamme les opinions.

Le Comité a envisagé quatre options qui semblent s'offrir au gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé. Elles représentent deux extrêmes d'une série de possibilités de même que deux approches plus modestes. Chacune de ces options comporte un vaste éventail de mesures pouvant être envisagées. Dans le texte qui suit, seulement quelques-unes sont examinées.

OPTION 1 Le gouvernement fédéral pourrait assumer l'entière responsabilité de l'administration, de la prestation et du financement des soins de santé au Canada.

Comme cette option entraînerait les changements les plus importants par rapport au statu quo, nous ne pouvons que bâtir des hypothèses à propos de l'issue d'une telle démarche. Il faudrait vraisemblablement modifier la Constitution puisque la prestation des services de santé est considérée comme une responsabilité provinciale. Il faudrait par ailleurs que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux renégocient les mécanismes de financement des soins de santé et concluent des ententes à cet égard.

L'option 1 permettrait de coordonner et d'uniformiser l'administration, la prestation et le financement des soins de santé dans l'ensemble du Canada, faciliterait l'application de normes nationales par le gouvernement fédéral et accroîtrait l'imputabilité financière. Cette démarche n'aurait pas nécessairement à l'encontre des constatations des études provinciales qui recommandent une plus grande décentralisation du régime de soins de santé, puisque des structures régionales peuvent combiner la responsabilité, le financement et la planification à un niveau central à l'administration et la prestation de soins au niveau local.

OPTION 2 Le gouvernement fédéral pourrait conserver un rôle prépondérant à l'égard du régime national de santé, notamment un rôle prépondérant en matière de financement lui permettant de faire respecter les conditions d'octroi et de versement que chaque régime provincial d'assurance-santé doit respecter pour recevoir une pleine contribution pécuniaire.

indispensable pour réaliser des objectifs de santé. Dans le cas de la main-d'œuvre sanitaire, les réductions du FPE menacent à la fois le système de santé même dans lequel oeuvrent les professionnels de la santé aussi bien que le système d'éducation qui les forme¹⁸.

Par contre, le professeur Thomas Courchene brosse le tableau suivant de la situation à laquelle aboutiront les grands efforts déployés par les gouvernements provinciaux pour contrôler le coût des soins de santé :

... nous assistons actuellement au niveau provincial à une floraison d'expérimentations... en ce qui concerne les méthodes de financement, les systèmes de paiement, les systèmes d'information et de cartes magnétiques, les formules de remplacement de l'institutionnalisation, les méthodes de prestations locales, l'intégration des services de santé et de services sociaux, l'assurance, etc., etc. Du point de vue d'Ottawa, le système peut sembler se fragmenter, mais en réalité, il s'agit plutôt, d'après moi, d'une tentative désespérée de sauver le régime d'assurance-maladie. Si l'une de ces expériences donne des résultats satisfaisants sur le plan des prestations ou de l'efficacité financière, elle se propagera immédiatement à l'ensemble du système¹⁹.

D'après M. Courchene, la *Loi canadienne sur la santé* entrave les provinces dans leurs efforts en vue de freiner les coûts. À son avis, les pressions exercées sur les politiciens provinciaux pour maintenir les principes du régime public d'assurance-santé sont encore plus fortes que celles que subissent leurs homologues fédéraux.

Certaines provinces considèrent que les normes nationales fédérales les empêchent de contenir les coûts des programmes. Le gouvernement du Québec, par exemple, a annoncé dans un train de réformes qu'il demanderait la modification de la *Loi canadienne sur la santé* de manière à instaurer un impôt-services sur les programmes complémentaires d'assurance-médicaments, de services dentaires, de services optométriques et de services d'orthèse et de prothèse²⁰. Il a par ailleurs récemment décidé de ne pas introduire tout de suite cet aspect de la réforme.

Parallèlement, l'ancien ministre des Finances et des sociétés de la Colombie-Britannique, l'honorable Mel Couveller, proposant la «désaffiliation»²¹ comme un des moyens de parvenir à une meilleure stabilité financière, tient entre autres les propos suivants :

18	Mémoire, p. 16.
19	<i>Procès-verbaux et témoignages</i> , fascicule n° 53, p. 69.
20	Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, <i>Une Réforme Axée sur le Citoyen</i> , 7 décembre 1990, p. 88.
21	Rapport des ministres des Finances de l'Ouest, juillet 1990. Il est dit dans ce rapport que la désaffiliation exige un réexamen fondamental des responsabilités et des capacités du fédéral et des provinces dans le domaine des dépenses et des recettes. Le but de l'exercice serait de réduire les dépenses fédérales dans les secteurs de compétence provinciale tout en laissant aux provinces une latitude adéquate et proportionnelle en matière de fiscalité.

L'existence du régime d'assurance-maladie au Canada n'est pas le fait du programme ou de la *Loi canadienne sur la santé*; le régime d'assurance-maladie existe parce que les Canadiens le veulent. (. . .) Je trouve que vous niez le rôle des provinces si vous croyez ou avez l'impression que leur rôle dans le système est de détruire l'assurance-maladie. Ce n'est certainement pas le cas; leurs citoyens ne les laisseront jamais faire ¹⁵.

Toutefois, il convient de mentionner que le gouvernement fédéral a récemment précisé que les principes de la *Loi canadienne sur la santé* ne seront pas compromis en dépit d'une limitation de la croissance des transferts au titre du FPE. En effet, lors du discours sur le budget de 1991, le ministre des Finances a affirmé que «Des mesures législatives seront présentées afin que le gouvernement fédéral garde les moyens de faire observer ces principes nationaux de soins de santé»¹⁶.

D. QU'EST-CE QUE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL PEUT OU DEVRAIT FAIRE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ?

Depuis l'instauration du «financement global» en 1977, la part de la facture totale des soins de santé assumée par le gouvernement fédéral a diminué progressivement. D'aucuns soutiennent que cette tendance aura pour effet de miner la capacité du gouvernement de maintenir les normes nationales prescrites par la *Loi canadienne sur la santé*. D'autres estiment que le système de soins de santé ne s'en portera que mieux.

Le professeur Contandriopoulos, qui, en général, se méfie de cette tendance, affirme :

Le poids et la capacité (du gouvernement fédéral) de maintenir les grands principes unificateurs, qui font du Canada une entité différente de celle des autres pays . . . sont liés au fait que le gouvernement a un rôle important dans le financement. C'est ce qui était la logique de ce financement-là. S'il se retire du financement, les systèmes provinciaux vont éclater ¹⁷.

Dans le même ordre d'idées, l'Association des hôpitaux du Canada estime que :

Les réductions apportées aux transferts de paiement aux termes du Financement des programmes établis (FPE) forcent les administrations provinciales à diminuer les budgets des services de santé et de l'éducation postsecondaire ou à hausser les impôts. Une structure nationale de financement stable et adéquat aux termes du FPE se veut une condition préalable

¹⁵ *Idem*, p. 70.

¹⁶ Ministre des Finances, *Le Budget*, déposé à la Chambre des communes le 26 février 1991, p. 21.

¹⁷ *Procès-verbaux et témoignages*, fascicule n° 23, p. 8.

Lors de son témoignage, le D^r Rachlis a souligné qu'une fois que cessent les contributions au comptant dans le cadre du FPE, rien dans la *Loi canadienne sur la santé* ne permet au gouvernement fédéral d'imposer le respect des critères du régime d'assurance-santé¹². Ainsi, il prévoit que le Canada pourrait éventuellement se retrouver avec dix régimes distincts de soins de santé ayant chacun une base de financement différente. Il affirme ainsi :

Les provinces auraient donc le loisir d'imposer des tickets modérateurs et de permettre l'introduction des assurances privées pour les soins hospitaliers et les soins prodigués par un médecin. Rien n'est prévu dans la Loi pour permettre au gouvernement fédéral de couper dans ses paiements de péréquation ou de récupérer les points d'impôt qu'il a transférés en 1977 aux provinces en vue de l'application des normes nationales prévues dans la *Loi canadienne sur la santé*¹³.

Le D^r Rachlis ajoute également que «Cela va achever le régime d'assurance-maladie¹⁴».

Il est vrai que les pénalités prévues dans la *Loi canadienne sur la santé* à l'égard des provinces qui ne respectent pas les conditions se limitent aux transferts au comptant. Le paragraphe 15(1) précise en effet que si le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social estime que le régime d'assurance-santé d'une province ne satisfait pas ou plus aux conditions énumérées dans la loi, alors le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que les contributions pécuniaires ou versements d'un exercice à la province soient réduits du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité des contributions pécuniaires ou versements d'un exercice à la province.

D'autres témoins tirent cependant des conclusions différentes quant aux coupures du FPE. Ils insistent sur le fait qu'un programme n'a pas besoin d'être centralisé pour être national. Par exemple, Thomas Courchene estime que les compressions dans les paiements de transfert provoqueront une grande décentralisation des services de santé dans de nombreuses provinces. À son avis, un régime d'avantage décentralisé et un transfert en points d'impôt permettraient aux provinces de mieux contrôler l'avenir de leur système de santé. Il soutient également que :

12 Procès-verbaux et témoignages, fascicule n° 53, p. 54.
13 *Idem*, p. 46.
14 *Idem*, p. 45.

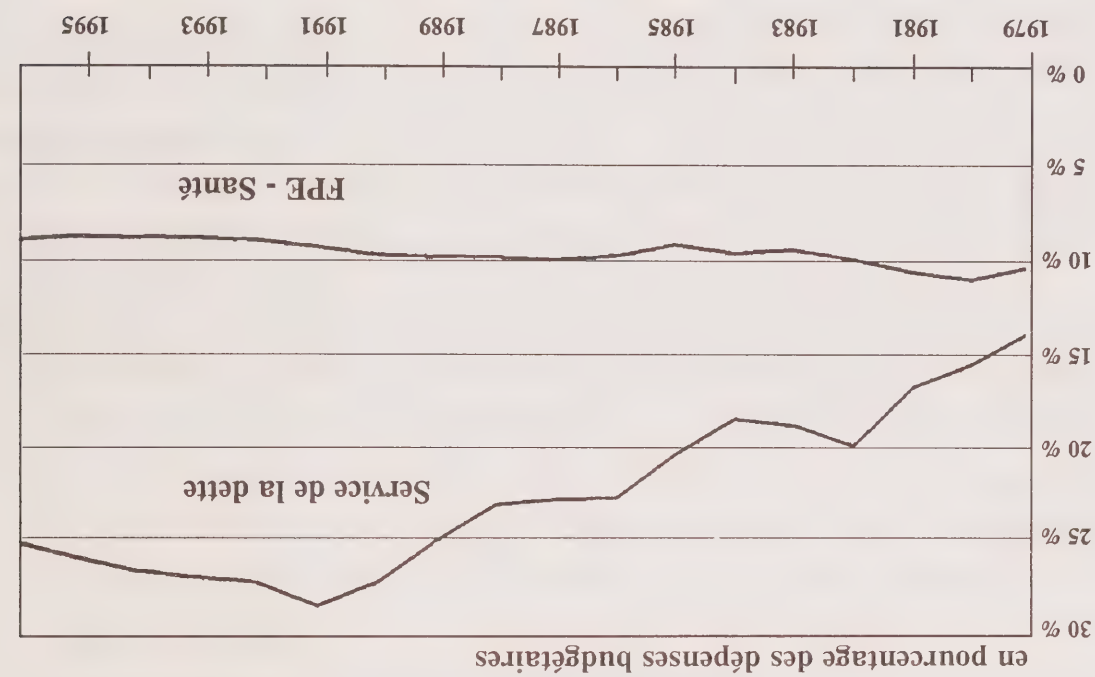
Au début des années quatre-vingt, le déficit budgétaire fédéral était d'une grande ampleur, autant en termes absolus que par rapport au produit intérieur brut. En 1984-1985, le déficit s'élevait à 38 milliards de dollars, soit 8,6 % du PIB. Au cours des cinq dernières années, le déficit fédéral a diminué. En 1990-1991, il atteignait 30,5 milliards de dollars, ou 4,5 % du PIB. Cependant, les hauts taux d'intérêt et le déficit ont contribué à l'augmentation de la dette fédérale. À l'heure actuelle, la dette progresse plus vite que l'activité économique et les paiements d'intérêt sur la dette absorbent une forte proportion des recettes fédérales. En 1990-1991, plus de 28 % de toutes les dépenses budgétaires ont été consacrées au service de la dette, comparativement à 21 % en 1984-1985 et à 12 % en 1976-1977. Le gouvernement fédéral a tenté de maîtriser la dette en réduisant le déficit et en restreignant la croissance des dépenses, dont celles de la santé.

La croissance économique affecte également les transferts versés aux provinces dans le domaine de la santé. En effet, pour une année donnée, la formule d'ajustement des transferts au titre du FPE est fondée sur la croissance du PNB de la période antérieure couvrant quatre années. Comme le taux de croissance nominal du PNB a été relativement important avant la création du FPE, les transferts fédéraux ont augmenté plus rapidement que le PNB à la fin des années soixante-dix. Par la suite, entre 1980 et 1986, la croissance des transferts a été en moyenne supérieure à l'augmentation du PNB. Depuis l'exercice financier 1986-1987, le taux de croissance des transferts au titre du FPE a été ramené en deça de celui du PNB. Si l'on tient compte des prévisions contenues dans le budget fédéral de février 1991, cette situation devrait se poursuivre au cours des prochaines années.

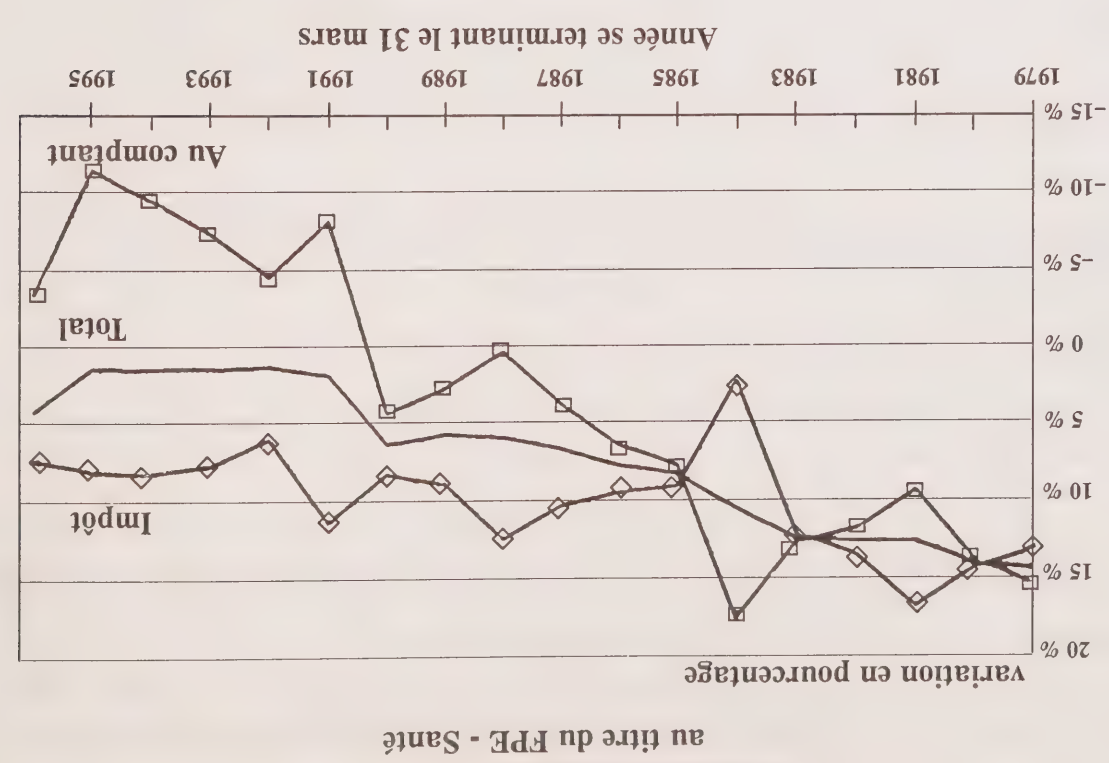
Certains témoins indiquent qu'à moyen terme les transferts au comptant versés aux provinces par le gouvernement fédéral cesseront avant la fin de la décennie, suite à la limitation de la croissance des transferts au titre du FPE. À cet égard, le Dr Michael Rachlis cite une évaluation préparée par le gouvernement du Québec et présentée dans ses documents budgétaires de 1990-1991¹¹. Le Québec connaîtra plus tôt que les autres provinces la fin des transferts au comptant, étant donné que le gouvernement fédéral lui accorde plus de points d'impôt qu'aux autres provinces. Comme la croissance de ces transferts au comptant est devenue négative, seuls les transferts en points d'impôt constitueront éventuellement la contribution fédérale. Même s'ils n'entraînent aucun versement comptant de la part du gouvernement fédéral, les transferts fiscaux vont continuer à augmenter et, de ce fait, vont constituer un coût fiscal pour le gouvernement fédéral car il en retirera des recettes fiscales moindres.

¹¹ Voir Ministère des Finances, *Budget 1990-1991 : Discours sur le budget et renseignements supplémentaires*, Gouvernement du Québec, 26 avril 1990, Annexe E, p. 16-18.

Prévisions fondées sur des estimations du ministère des Finances



GRAPHIQUE 2
Transferts du FPE
et service de la dette



En 1986, dans la foulée des compressions budgétaires visant à réduire le déficit fédéral, le Parlement fédéral adopte la *Loi modifiant la Loi de 1977 sur les accords fiscaux* (C-96). Cette loi comprime la croissance des transferts fédéraux au titre du FPE. Les paiements de transfert continuent d'être liés à la croissance économique et démographique; cependant, leur taux de croissance annuel par habitant est réduit de 2 % par rapport à celui que prévoyait l'ancienne formule.

En 1991, la *Loi sur la compression des dépenses publiques* (C-69) gèle les transferts du FPE, par habitant, à leur niveau de 1989-1990 pendant deux ans. Cela signifie que les transferts du FPE vont augmenter, en 1990-1991 et 1991-1992, au même rythme que la population de chaque province. En outre, pour les exercices financiers ultérieurs, la loi impose une réduction additionnelle de 1 % du facteur d'indexation de la contribution totale. Autrement dit, à compter de 1992-1993, le taux de croissance des contributions versées en vertu du FPE sera diminué de 3 %.

Lors du discours du budget fédéral de 1991, le ministre Wilson annonce un prolongement du gel des droits du FPE par habitant jusqu'en 1994-1995. Les droits versés aux provinces continueront donc d'augmenter au même rythme que la population. En outre, à partir de 1995-1996, la croissance des droits du FPE sera limitée au taux de croissance du PNB per capita, diminué de 3 %. La section suivante présente une analyse sommaire des changements apportés au FPE.

C. ÉVOLUTION DE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE FÉDÉRALE DANS LE CADRE DU FPE

Le tableau de l'Annexe E présente les transferts au comptant et fiscaux versés aux provinces au titre du FPE depuis 1977. Les données totales ont été utilisées pour construire le Graphique 1 qui décrit l'évolution de la contribution fédérale versée aux provinces en considérant les paiements de transfert globaux, les transferts au comptant et les transferts fiscaux. On observe que l'évolution diffère beaucoup selon qu'il s'agit des transferts au comptant ou en points d'impôt. Depuis 1984-1985, la croissance des transferts au comptant demeure toujours inférieure à celle des transferts fiscaux. La croissance des transferts au comptant est négative depuis 1989-1990.

L'évolution des transferts au titre du FPE peut être examinée dans le contexte plus large de la position budgétaire du gouvernement fédéral (Graphique 2) et de la croissance économique.

complémentaires de santé. Ces conditions, déjà énoncées dans les lois précédentes, sont la gestion publique (art. 8), l'intégrité (art. 9), l'universalité (art. 10), la transférabilité (art. 11), ainsi que l'accèsibilité (art. 12).

La gestion publique signifie que le régime provincial doit être géré sans but lucratif par une autorité publique, relevant du gouvernement provincial et assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.

L'intégrité implique que le régime doit assurer tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes et, sur autorisation, les services fournis par les autres professionnels de la santé.

L'universalité prévoit que 100 % des personnes assurées d'une province ont droit aux services de santé assurés dispensés dans le cadre du régime selon des modalités uniformes.

Le principe de la transférabilité garantit, lorsque des personnes s'établissent dans une autre province, que la province d'origine assume le coût des services de santé assurés pendant un délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence, délai ne dépassant pas trois mois. La transférabilité réfère aussi à la possibilité pour les assurés temporairement absents de leur province de recevoir des services de santé dont les coûts sont pris en charge selon certaines modalités.

L'accèsibilité prévoit des services assurés selon des modalités uniformes et assure aux Canadiens un accès satisfaisant aux services de santé assurés sans obstacle direct ou indirect, comme la surfacturation ou des frais modérateurs. L'accèsibilité prévoit en outre une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour tous les services assurés qu'ils fournissent, ainsi que le versement de montants adéquats aux hôpitaux relativement au coût des services assurés.

Les services de santé définis par la loi comprennent tous les services hospitaliers nécessaires et tous les services médicaux nécessaires fournis par un médecin, ainsi que les services de chirurgie dentaire qui ne peuvent être accomplis convenablement que dans un hôpital. Quant aux services complémentaires, ils comprennent les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.

La Loi canadienne sur la santé se distingue des deux lois antérieures en ce qu'elle prévoit des pénalités financières pour les provinces qui permettent la surfacturation ou exigent des frais modérateurs. Des changements corrélatifs sont apportés aux dispositions législatives sur le FPE.

Health Insurance and Canadian Public Policy, le gouvernement fédéral continue à mettre des fonds à la disposition des provinces mais le montant est rajusté en fonction des augmentations du produit national brut (PNB) plutôt qu'en fonction des coûts des programmes de services de santé¹⁰. En vertu de la nouvelle loi, la contribution totale du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé et de l'enseignement postsecondaire est calculée à partir de la moyenne des contributions fédérales de 1975-1976 indexée à un facteur de progression correspondant à une moyenne mobile de la croissance du PNB par habitant. L'Annexe E explique comment sont calculés les transferts versés en vertu du Financement des programmes établis (FPE).

Les transferts totaux versés au titre du FPE regroupent deux composantes, soit un transfert de points d'impôt et un paiement au comptant. Le transfert fiscal représente 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et 1 point d'impôt sur le revenu des sociétés. Le Québec reçoit un abattement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers. Environ 67,9 % du transfert total en points d'impôt est consacré à la santé. Le transfert au comptant correspond à la différence entre le montant total auquel la province a droit et la valeur du transfert fiscal.

Les transferts du FPE ont initialement compris un dédommagement accordé en raison de la fin du programme de garantie de recettes instauré lors de la réforme fiscale de 1972. Tout au long des consultations qui ont débouché sur le FPE, les provinces avaient demandé une compensation pour la cessation de cette garantie de recettes. Le gouvernement fédéral a accepté d'offrir aux provinces un point d'impôt sur le revenu des particuliers et l'équivalent en espèces d'un autre point. Ces transferts se sont ajoutés à ceux prévus dans le cadre du FPE et ont pris fin en 1979-1980. Les experts ont des opinions partagées pour ce qui est de dire si la garantie de recettes peut être considérée comme un transfert du FPE.

En 1984, la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les services médicaux sont refondues pour former la *Loi canadienne sur la santé*. La raison d'être de la *Loi canadienne sur la santé* est «d'établir des conditions d'octroi et de versement du plein montant prévu à la Loi de 1977 (FPE) à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.» En vertu de la loi, chaque régime provincial d'assurance-santé doit se conformer à certains critères pour pouvoir bénéficier de l'appui financier du gouvernement fédéral à l'égard des services de santé assurés et des services

médicaments sur ordonnance, services d'optométrie pour les enfants et les assistés sociaux, de prothèses et de soins à domicile⁹.

À partir du milieu des années soixante, et suite aux recommandations de la Commission Hall, la participation fédérale en matière de services de santé assurés s'accroît. En effet, en 1966, la *Loi sur les soins médicaux* est adoptée. En vertu de cette loi, le gouvernement fédéral consent à partager avec les provinces ayant un régime conforme aux principes de la loi fédérale, un montant per capita égal à 50 % des coûts des services assurés par les provinces participantes. Les principes prévus dans la loi prévoient qu'un régime provincial doit couvrir tous les services rendus par les médecins, assurer tous les résidents, être administré par une autorité publique et offrir des services transférables d'une province à l'autre. Depuis 1972, toutes les provinces disposent de leurs propres régimes d'assurance-santé qui satisfont aux normes nationales.

En 1966, le Parlement donne également suite à une autre recommandation de la Commission Hall et adopte la *Loi sur la Caisse d'aide à la santé*. Cette loi a pour objectif d'aider financièrement à l'organisation, à l'acquisition, à la construction, à la rénovation et à l'équipement des installations d'éducation et de recherche dans le domaine de la santé. Le programme d'aide, qui s'est terminé en 1978, a abouti à la création d'un certain nombre de nouvelles écoles de médecine.

Tel que mentionné plus haut, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les soins médicaux* prévoient que la contribution financière fédérale représente approximativement la moitié des coûts des régimes provinciaux. Ainsi, toute augmentation des dépenses provinciales entraîne une augmentation du soutien financier fédéral. Or, ce mode de financement comporte certains inconvénients tant pour les provinces que pour le gouvernement central. D'une part, il limite la marge de manœuvre du gouvernement fédéral pour contrôler l'évolution des dépenses, et d'autre part, il restreint, aux yeux des provinces, leur flexibilité dans le développement de leurs services de santé. Pour ces raisons, les mécanismes de frais partagés sont remplacés en 1977 par des subventions globales et inconditionnelles (financement global). La *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*, qui prévoit ce financement global, ne modifie pas les principes de base de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* ni ceux de la *Loi sur les soins médicaux*. Cependant, les contributions fédérales deviennent assujetties au respect, par les régimes de santé provinciaux, des principes déjà énoncés dans ces deux lois et la façon de calculer les contributions fédérales est modifiée. Comme l'a fait remarquer Malcolm Taylor dans son analyse approfondie,

⁹ Commission royale d'enquête sur la santé, *Rapport*, 1964, p. 10.

L'année 1948 marque le début du système actuel d'assurance-santé national. En effet, c'est l'année où le gouvernement fédéral introduit les subventions nationales à la santé. Ces subventions financent des projets tels que les enquêtes sur la santé publique (en ce qui concerne la tuberculose, les maladies vénériennes, le cancer, l'hygiène infantile et maternelle et la promotion de la santé mentale), des enquêtes sur les services de laboratoire, de radiologie, de réadaptation et d'autres services de santé, la formation de professionnels de la santé et la construction d'hôpitaux. Plusieurs provinces obtiennent alors des subventions du gouvernement fédéral en vertu de ce programme de subventions qui a servi de stimulant au développement de notre régime national de soins de santé.

En 1957, le Parlement adopte la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* qui autorise l'administration fédérale à assumer la moitié du coût des régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation répondant à des critères minimaux d'admissibilité et de protection. Les principes fondamentaux de la loi comprennent notamment le caractère national de l'assurance et l'assurance-hospitalisation universelle et uniforme pour tous les citoyens. En 1958, les programmes d'assurance de cinq provinces (Terre-Neuve, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique) deviennent admissibles à ce nouveau programme de frais partagés. Après 1961, les régimes d'assurance-hospitalisation de toutes les provinces satisfont aux normes fédérales et peuvent alors recevoir une contribution fédérale.

En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé (la Commission Hall) procède à l'enquête la plus complète et à l'analyse la plus détaillée jamais menée au Canada sur le sujet. D'après la Commission, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* favorise le développement des services hospitaliers au détriment d'autres services. Ainsi, dans son rapport, la Commission recommande fortement que le gouvernement fédéral conclue une entente avec les provinces afin de leur accorder des subventions en fonction d'une formule fondée sur le besoin financier, de manière à aider les provinces et les territoires à mettre sur pied et à exploiter de vastes programmes universels de services personnels de santé. Elle recommande que ces programmes comportent les services suivants, les provinces et les territoires exerçant le droit de déterminer l'ordre de priorité de chacun et le moment de son entrée en vigueur : services médicaux, soins dentaires pour les enfants, les futures mères et les assistés sociaux,

l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine». Dans le contexte de l'époque, cette dernière disposition était probablement destinée à englober la plupart des services de santé. La prestation des soins de santé a donc traditionnellement été reconnue comme une question essentiellement de ressort provincial.

Dans les domaines de compétence qui lui sont propres, le gouvernement fédéral a développé et maintient des services de santé pour les autochtones, la population du Yukon, les immigrants, les Forces canadiennes, les anciens combattants ainsi que pour les détenus des pénitenciers fédéraux.

Le gouvernement fédéral a également invoqué le pouvoir que lui confère la Constitution au paragraphe 91(27) en matière de loi criminelle pour adopter la *Loi des aliments et drogues*, la *Loi sur les stupéfiants* et la *Loi sur les spécialités pharmaceutiques ou médicaments brevetés* (en vigueur jusqu'en 1977).

Outre le pouvoir de légiférer accordé au Parlement du Canada dans certains domaines, la Constitution, en vertu de l'interprétation des tribunaux, confère au gouvernement fédéral le pouvoir de recourir au Fonds du revenu consolidé pour l'achat de quelque article que ce soit, à condition que le décret autorisant la dépense en question ne relève pas de la compétence provinciale. Par la suite, ce pouvoir constitutionnel de dépenser a permis au gouvernement fédéral de verser des fonds aux provinces et aux particuliers dans des secteurs où il ne possède que peu ou pas de pouvoir direct, notamment la santé et l'éducation postsecondaire.

Par conséquent, on a élaboré des mécanismes de financement selon lesquels le gouvernement fédéral participe, avec les provinces, au financement des soins de santé. Le gouvernement fédéral s'occupe également d'une vaste gamme d'activités ayant pour but de protéger les Canadiens des risques pour la santé : la sécurité et la valeur nutritive des aliments, la sécurité et l'efficacité des médicaments et des appareils médicaux, la réduction et le contrôle des facteurs environnementaux ayant des répercussions sur la santé, la prévention et le contrôle de la propagation du SIDA et des maladies infectieuses, ainsi que l'impact de l'environnement socio-économique sur la personne. Dans le domaine de la promotion de la santé, le gouvernement fédéral établit et met en oeuvre, en collaboration avec les provinces, les territoires et les organismes non gouvernementaux, des programmes d'éducation et d'information dans des secteurs tels que la nutrition, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, et les soins de santé familiaux et personnels. De plus, il soutient la recherche scientifique et les activités connexes et s'occupe de la formation et du perfectionnement du personnel de recherche.

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ

Ce chapitre présente une définition des cadres constitutionnels à l'intérieur desquels le gouvernement fédéral intervient dans le domaine de la santé. Il présente également, dans une perspective historique, une revue de la législation fédérale dans ce secteur. Ensuite, il examine l'évolution des contributions financières du gouvernement fédéral versées aux régimes provinciaux d'assurance-santé. En dernier lieu, il discute du rôle que le gouvernement fédéral devrait jouer en matière de financement des soins de santé.

A. LE CADRE CONSTITUTIONNEL

De façon générale, la Constitution attribue aux provinces et aux territoires la responsabilité première de la prestation des services de santé. L'intervention du gouvernement fédéral dans ce secteur découle, pour l'essentiel, du pouvoir de dépenser que la Constitution lui confère.

En 1867, les Pères de la Confédération ne pouvaient prévoir l'ampleur que prendrait l'organisation des soins de santé au fil des ans. Cette question n'a donc pas occupé une part importante des discussions qui ont abouti à la rédaction de l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*. De ce fait, dans la Constitution, on retrouve peu de dispositions traitant spécifiquement des questions de santé dans la répartition des pouvoirs législatifs entre le gouvernement central et ceux des provinces et des territoires.

Les paragraphes 91(1) et 92(7) sont les seules dispositions de la Constitution qui portent expressément sur les questions de santé. Le paragraphe 91(1) accorde au Parlement fédéral la compétence en matière de quarantaine, ainsi que pour l'établissement et le maintien des hôpitaux de marine, tandis que le paragraphe 92(7) stipule que les assemblées législatives provinciales sont chargées de «l'établissement,

10. programmes axés sur la promotion de la santé, l'éducation en matière de santé et les modes de vie, en tant que moyens efficaces de réduire les dépenses dans ce secteur;

11. prise de conscience accrue de la quantité de ressources consacrées à certains groupes de la population, y compris les patients en phase terminale, et importance accordée aux décisions des personnes revendiquant le droit de mourir;

12. préoccupations croissantes concernant le financement et la prestation des services de santé à long terme, l'interaction entre les systèmes de santé et de services sociaux, et l'importance d'une gestion adéquate des cas⁸.
Le Canada semble éprouver les mêmes problèmes que tous les autres pays de l'OCDE à contrôler l'augmentation des coûts tout en assurant des soins de qualité. En cette période de ralentissement de la croissance économique et d'augmentation des déficits publics, le maintien et l'amélioration des soins de santé dans l'avenir suscitent beaucoup d'inquiétudes.

D'autres pays de l'OCDE ont appliqué diverses formules visant à réduire les coûts des soins de santé. Certains ont opté pour des frais d'utilisation et des approches axées sur le marché, notamment le recours aux appels d'offres. D'autres ont adopté des politiques budgétaires globales et appliqué de nouveaux régimes de prestation des services, notamment les réseaux intégrés de soins de santé (*Health Maintenance Organizations – HMO*). D'autres encore contingentent le nombre d'étudiants dans les facultés de médecine ou ont pris des mesures pour éduquer les consommateurs sur l'utilisation adéquate des services de santé. Ailleurs, on applique une réglementation qui limite rigoureusement l'utilisation des lits et du matériel d'hôpital. L'étude effectuée en 1987 par l'OCDE souligne que les particuliers et les sociétés commencent à reconnaître la notion de limites ainsi que les choix économiques, sociaux et moraux difficiles que ces limites imposent.

Certains témoins et spécialistes notent que dans des pays ayant déjà des services de santé de qualité élevée, on constate que les investissements supplémentaires dans le peu d'avantages concrets. Ils expliquent que les dépenses supplémentaires dans le domaine des soins de santé ne se traduisent pas nécessairement par une amélioration de l'état de santé d'une population. En somme, le problème semble être de déterminer le niveau optimal de ressources que la société entend consacrer aux soins de santé.

Les études semblent indiquer que l'augmentation du coût des soins de santé est un problème majeur associé à la politique sociale dans tous les pays de l'OCDE. Cette dernière associe les facteurs suivants à la tendance à la hausse des dépenses de santé que les témoins devant le Comité ont également évoqués, sous une forme ou une autre :

1. croissance réelle des dépenses de santé supérieure à la croissance réelle du PIB jusqu'au début des années quatre-vingt, une tendance risquant d'entraîner des problèmes pour les gouvernements, si le ralentissement économique persiste;
2. concentration des dépenses de santé au profit d'une partie relativement faible de la population ayant des besoins élevés en soins médicaux, notamment les personnes âgées fragiles;
3. accroissement de l'utilisation et de l'intensité des services;
4. augmentation du nombre de lits d'hôpitaux et de médecins, d'où l'existence d'importants surplus à cet égard dans la plupart des pays;
5. différences importantes à l'intérieur des pays et entre les pays en ce qui a trait à la disponibilité et à l'utilisation des ressources, tant au plan des séjours à l'hôpital que des interventions chirurgicales, qui ne semblent pas liées aux résultats obtenus en matière de santé;

6. augmentation marquée des dépenses des hôpitaux (généralement au-delà du taux d'inflation global), qui constituent une part de plus en plus importante des dépenses de santé totales;
7. utilisation inadéquate évidente des services (p. ex., le fait d'utiliser les services d'urgence d'un hôpital pour les soins primaires), d'où une mauvaise affectation des ressources et des effets iatrogéniques indésirables (p. ex., chez les personnes âgées, une consommation inadéquate ou excessive de médicaments entraînant parfois leur hospitalisation);
8. coûts en capital et coûts de fonctionnement importants liés à l'application de certaines technologies nouvelles;
9. possibilités d'économies démontrées par l'adoption de systèmes de rémunération prospectifs, le recours aux appels d'offres, le paiement à la capitation et de nouveaux types de prestation des services;

l'Île-du-Prince-Édouard qui a consacré la plus large part de son PIB à la santé, soit 12 %, alors qu'en Alberta, les dépenses en question ne représentaient que 7,7 % du PIB (Tableau 5). Les provinces du Centre et de l'Ouest ont tendance à consacrer une part moindre de leur PIB à la santé que les provinces Maritimes. Entre 1975 et 1987, la part du PIB des provinces consacrée aux dépenses de santé a augmenté dans toutes les provinces. L'augmentation atteignait environ 2 % au Nouveau-Brunswick, au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique, et plus de 4 % en Saskatchewan.

On constate également que les dépenses de santé par habitant varient considérablement d'une province à l'autre; en 1987, Terre-Neuve était la province qui y consacrait le moins, soit 1 473 \$, alors qu'à l'autre extrémité, l'Ontario y affectait 1 985 \$, soit un écart de 512 \$.

La part des dépenses de santé du gouvernement fédéral par rapport à l'ensemble des dépenses publiques est passée de 40,3 % en 1975 à 38,2 % en 1990. Les transferts fédéraux aux provinces ont également diminué, passant de 27,6 % de l'ensemble des dépenses de santé nationales en 1975 à 25 % en 1990. Cette diminution est attribuable aux changements survenus dans les accords du Financement des programmes établis. D'autres modifications au Financement des programmes établis en 1990 et en 1991 vont contribuer à diminuer encore la contribution fédérale au financement des soins de santé dans les provinces.

TABLEAU 5

**Part du produit intérieur brut des provinces consacrée
aux dépenses de santé en 1975 et 1987**

Province	1975	1987
Terre-Neuve	10,7	11,7
Île-du-Prince-Édouard	12,0	12,2
Nouvelle-Écosse	10,1	11,6
Nouveau-Brunswick	8,8	10,8
Québec	8,0	8,9
Ontario	6,7	8,2
Manitoba	7,9	10,0
Saskatchewan	6,7	11,0
Alberta	5,5	7,7
Colombie-Britannique	7,1	8,9

TABEAU 3

Dépenses totales de santé par secteur
en 1975, 1987 et 1990

(en pourcentage)

Secteur	1975	1987	1990
Gouvernement fédéral	30,8	29,5	27,7
Gouvernements provinciaux	43,4	42,6	43,4
Gouvernements locaux	1,1	1,1	0,6
Indemnisation des accidentés du travail	0,9	0,8	0,8
Secteur privé	23,6	25,8	27,5
Total	100,0	100,0	100,0

TABEAU 4

Coût des soins de santé par catégorie de dépenses
en 1975 et 1987

(en pourcentage)

Catégorie	1975	1987
Hôpitaux	44,4	39,2
Autres établissements	9,7	10,3
Soins à domicile	0,3	0,8
Médecins	15,7	16,0
Médicaments	8,9	11,6
Immobilisations	5,0	4,4
Recherche dans le domaine de la santé	0,8	0,9
Toutes les autres catégories	15,2	16,7
Total	100,0	100,0

B. LES DÉPENSES PROVINCIALES

Dans les provinces, les coûts des soins de santé représentent en gros le tiers des budgets des gouvernements, et, au cours des dernières décennies, une part de plus en plus importante du produit intérieur brut a dû y être consacrée. En 1987, c'est

utilisés; par ailleurs, on trouve le taux le plus élevé d'utilisation des services de soins à domicile financés par le secteur public au Royaume-Uni et en Suède, tandis que la Suisse, le Canada et l'Allemagne sont les pays où l'on y a le moins recours⁷.

Le Tableau 3 montre les dépenses nationales de santé par secteur au Canada, en 1975, 1987 et 1990. La participation fédérale aux dépenses nationales dans le domaine de la santé est passée de 30,8 % en 1975 à 29,5 % en 1987 et 27,7 % en 1990. Les dépenses des provinces et des gouvernements locaux, en pourcentage des dépenses nationales, sont demeurées relativement stables, et les dépenses du secteur privé sont passées de 23,6 % en 1975 à 25,8 % en 1987 et à 27,5 % en 1990.

Le coût des soins de santé par catégorie de dépense en 1975 et en 1987 est indiqué au Tableau 4. Les hôpitaux et autres établissements de soins ont toujours obtenu la majeure partie des budgets en ce domaine. Le Tableau 4 montre que la part des hôpitaux a chuté de 44,4 % en 1975 à 39,2 % en 1987, et que les dépenses consacrées aux soins à domicile sont passées de 0,3 % à 0,8 % pour la même période. Cela indique une tendance nouvelle à favoriser les soins communautaires et à domicile plutôt que les soins en établissement. Le gouvernement fédéral sera peut-être tenté d'encourager cette tendance, compte tenu des conclusions de l'étude de l'OCDE. La part des dépenses totales de santé affectée aux médecins et aux médicaments a connu une certaine augmentation entre 1975 et 1987, alors que les immobilisations montraient une baisse modérée. Dans les autres catégories sont englobés les services des autres professionnels de la santé, les services ambulanciers, les appareils, la santé publique, l'administration et les coûts divers. Parmi ces éléments, les soins dentaires en particulier affichent une hausse de coûts modérée.

Au Canada, la participation du secteur public, en pourcentage du PIB, est comparable à celle d'autres pays de l'OCDE, où depuis 20 à 30 ans, la part des dépenses publiques par rapport à l'ensemble des dépenses dans le domaine de la santé tend à augmenter. Comme l'indique le Tableau 2, les dépenses du secteur public dans le domaine de la santé au Canada représentaient 5,6 % du PIB en 1975, et 6,5 % en 1987. Les taux moyens comparables dans les pays de l'OCDE étaient de 5 % et 5,6 % en 1975 et 1987 respectivement. On remarquera que le pourcentage du PIB canadien consacré au financement public des dépenses dans le domaine de la santé était comparable à celui de nombreux autres pays, dont la France, l'Allemagne, l'Islande, les Pays-Bas et le Luxembourg. Enfin, ce pourcentage était sensiblement moins élevé qu'en Suède et en Norvège, mais nettement plus élevé qu'aux États-Unis, en Turquie, en Espagne, au Portugal et en Grèce.

L'OCDE estime cependant que le niveau des dépenses par habitant dans le domaine de la santé (1 483 \$) au Canada n'était devancé que par celui des États-Unis (2 051 \$) en 1987⁶.

Les dépenses par habitant dans le domaine de la santé au Canada, relativement plus élevées par rapport à d'autres pays de l'OCDE, sont peut-être dues à l'existence de ratios plus élevés de dépendance en raison de l'âge. Une étude de l'impact de la politique des pays de l'OCDE dans le domaine de la santé entre 1980 et l'an 2030 prédit que le seul vieillissement de la population pourrait avoir, parmi les pays de l'OCDE, des effets plus marqués au Canada, en Finlande et au Japon. L'étude mentionne également d'autres facteurs qui pourraient entraver la capacité du Canada d'accroître ses dépenses en raison du vieillissement de la population.

L'étude de l'OCDE indique que la population active supporte la majeure partie des dépenses dans le domaine de la santé, et qu'en conséquence la capacité des pays de financer l'augmentation des dépenses résultant du vieillissement de la population dépendra des changements dans le poids relatif de la population active dont témoignent les ratios de dépendance, mais aussi des taux de participation de la population active, du taux de chômage et de la productivité. Selon l'étude de l'OCDE, le Canada est l'un des pays qui connaîtront la plus forte augmentation des ratios de dépendance selon l'âge. La demande de soins de longue durée devrait aussi augmenter considérablement en raison de l'incidence accrue des maladies chroniques, du vieillissement d'une plus grande partie de la population et de l'accroissement de la durée des services dans les pays de l'OCDE. Selon l'Organisation, c'est au Canada et aux États-Unis que les établissements résidentiels à vocation médicale sont le plus

TABLEAU 2
Dépenses totales et dépenses publiques en pourcentage du
produit intérieur brut :
pays membres de l'Organisation de coopération et de
développement économiqués, 1975-1987⁵

		Dépenses totales					Dépenses publiques	
Pays		1975	1980	1985	1987	1975	1980	1985
		1987	1985	1987	1985	1987	1985	1987
Australie		5,7	6,5	7,0	7,1	3,6	4,0	5,0
Autriche		7,3	7,9	8,1	8,4	5,1	5,5	5,4
Belgique		5,8	6,6	7,2	7,2	4,6	5,4	5,5
Canada		7,3	7,4	8,4	8,6	5,6	5,6	6,4
Danemark		6,5	6,8	6,2	6,0	6,0	5,8	5,3
Finlande		6,3	6,5	7,2	7,4	5,0	5,1	5,7
France		6,8	7,6	8,6	8,6	5,2	6,2	6,9
Allemagne		7,8	7,9	8,2	8,2	6,2	6,2	6,4
Grèce		4,1	4,3	4,9	5,3	2,5	3,5	4,0
Islande		5,9	6,4	7,3	7,8	5,3	5,7	6,4
Irlande		7,7	8,5	8,0	7,4	6,4	7,8	7,1
Italie		5,8	6,8	6,7	6,9	5,0	5,6	5,4
Japon		5,5	6,4	6,6	6,8	4,0	4,5	4,8
Luxembourg		5,7	6,8	6,7	7,5	5,2	6,3	6,0
Pays-Bas		7,7	8,2	8,3	8,5	5,9	6,5	6,6
Nouvelle-Zélande		6,4	7,2	6,6	6,9	5,4	6,0	5,6
Norvège		6,7	6,6	6,4	7,5	6,4	6,5	6,1
Portugal		6,4	5,9	7,0	6,4	3,8	4,2	4,0
Espagne		5,1	5,9	6,0	6,0	3,6	4,4	4,3
Suède		8,0	9,5	9,4	9,0	7,2	8,7	8,6
Suisse		7,0	7,3	7,7	7,7	4,8	5,0	5,2
Turquie		--	--	--	3,5	--	--	--
Royaume-Uni		5,5	5,8	6,0	6,1	5,0	5,2	5,2
États-Unis		8,4	9,2	10,6	11,2	3,6	3,9	4,5
Moyenne		6,5	7,0	7,4	7,3	5,0	5,5	5,7

5 OCDE, *op. cit.*, p. 10.

domaine de la santé est demeuré comparable au taux de croissance du PNB, sauf durant la période 1979-1983, généralement considérée comme une période de ralentissement économique, alors que les dépenses de santé ont connu une croissance sensiblement plus élevée que celle du PNB.

L'OCDE estime que les pays membres consacraient à la santé en moyenne 6,5 % de leur produit intérieur brut (PIB) en 1975, et 7,3 % en 1987 (Tableau 2)³.

Comparer divers systèmes nationaux de santé et leurs modes de financement pose un certain nombre de problèmes fondamentaux dont il faut tenir compte. Cela est dû à la compatibilité limitée des données et des problèmes de méthodologie liés à la comparaison de structures économiques, démographiques, culturelles et institutionnelles différentes. Les études de l'OCDE tiennent compte de ces facteurs et de ces problèmes; on reconnaît cependant qu'en dépit de ces obstacles, l'étude des systèmes de santé d'autres pays peut être instructive⁴.

Le Canada s'est situé un peu au-dessus de la moyenne de l'OCDE au chapitre des dépenses nationales de santé, soit 7,3 % de son PIB en 1975 et 8,6 % en 1987 (Tableau 2). Par comparaison avec certains pays de l'OCDE, les 8,6 % de son PIB consacrés aux soins de santé ont placé le Canada bien en avant de pays comme la Turquie (3,5 %), la Grèce (5,3 %) ou l'Espagne (6 %); et à peu près sur le même pied que la France, les Pays-Bas, l'Autriche, l'Allemagne et la Suède, mais loin derrière les États-Unis.

Le financement par le secteur public des services de santé au Canada est passé de 43 % en 1960 à 76 % en 1975 par suite de l'entrée en vigueur du système national d'assurance-santé. Depuis 1975, la participation du secteur public aux dépenses nationales liées à la santé est demeurée relativement stable (74 % en 1987). Ce pourcentage est comparable à celui d'autres pays de l'OCDE, où en moyenne près de 80 % de toutes les dépenses liées à la santé sont financées par le secteur public, sauf aux États-Unis où, en 1987, la part du secteur public était de 41 % seulement.

3 OCDE, *Les systèmes de santé : À la recherche d'efficacité*, Études de politique sociale, n° 7, Paris, 1990, p. 11.
4 Prière de consulter le glossaire pour l'explication de la différence entre le PNB utilisé au Tableau 1, et le PIB utilisé dans les pays de l'OCDE ainsi que dans l'examen des dépenses provinciales dans le domaine de la santé au Canada.

provinces avaient mis en place en 1961 et en 1975 respectivement. L'augmentation des dépenses liées à la santé entre 1960 et 1987 est également due, en partie, à l'inflation. En dollars constants de 1981, ces dépenses sont passées de 7,2 à 32 milliards de dollars durant la même période.

TABLEAU 1

Dépenses totales de santé pour certaines années

Années	(millions de \$)	(% du PNB)
1960	2 142	5,5
1965	3 415	6,0
1970	6 253	7,1
1975	12 267	7,2
1976	14 119	7,2
1977	15 500	7,2
1978	17 248	7,3
1979	19 412	7,2
1980	22 703	7,5
1981	26 650	7,7
1982	31 150	8,6
1983	34 511	8,7
1984	37 310	8,6
1985	40 407	8,7
1986	44 285	9,0
1987	47 935	9,0
1988	51 800	8,9
1989	56 100	8,9
1990	60 228	9,2

Les dépenses nationales totales liées à la santé sont passées de 12,2 milliards de dollars en 1975 à 47,9 milliards en 1987, soit une hausse globale de 291 %, ou 12 % par année. Durant la même période, le PNB a augmenté de 216 %, soit un peu plus de 10 % par année. Depuis 1975, le taux de croissance des dépenses nationales dans le

LES DÉPENSES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AU CANADA

Le présent chapitre analyse certaines données concernant les dépenses nationales et provinciales dans le domaine de la santé au Canada. Les dépenses du Canada et celles d'autres pays membres de l'Organisation pour la coopération et le développement économiqués (OCDE) font également l'objet de comparaisons. Enfin, pour faciliter la recherche de solutions au Canada, le chapitre passe en revue certains facteurs qui, selon des études de l'OCDE, sont associés à la hausse des dépenses dans le domaine de la santé.

A. LES DÉPENSES NATIONALES¹

Le Tableau 1 montre les dépenses nationales totales reliées à la santé pour certaines années entre 1960 et 1990. Les données correspondent à des intervalles de cinq ans pour la période de 1960 à 1975, et d'un an pour la période de 1975 à 1990. Il convient de souligner que les chiffres correspondant à la période postérieure à 1987 sont des estimations².

En 1960, les dépenses de santé se chiffraient à 2,1 milliards de dollars, soit environ 120 \$ par habitant, ou 5,5 % du PNB. En 1987, ces mêmes dépenses atteignaient 48 milliards de dollars, ou 1 870 \$ par habitant et 9 % du PNB. En 1990, les dépenses nationales liées aux soins de santé devraient atteindre 60 milliards de dollars, soit 2 266 \$ par habitant et 9,2 % du PNB.

L'augmentation des dépenses nationales de santé dans les années soixante et au début des années soixante-dix est principalement attribuable à l'instauration des régimes nationaux d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé, que toutes les

¹ Les dépenses liées à la santé, tant au plan national que provincial, comprennent les dépenses des secteurs privé et public. Sauf indication contraire, les données du présent chapitre concernant les dépenses de santé proviennent de Santé et Bien-être social Canada, *Les dépenses nationales de santé au Canada, 1975-1987*, Ottawa, septembre 1990.

²

années, les dépenses de la santé au Canada ont beaucoup augmenté. Une bonne partie de cette hausse était attribuable, initialement, à l'institution des régimes publics d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation. Plus récemment, d'autres facteurs ont fait augmenter les coûts : le développement du système de prestation des soins, la complexité croissante de la médecine moderne et les nouvelles attentes de la clientèle, ainsi que les transformations démographiques de la société. Le Comité admet également que l'évolution de l'environnement économique et constitutionnel impose des limites à l'étude et reconnaît que le problème de financement est soumis à des choix difficiles.

LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA ET SON FINANCEMENT : DES CHOIX DIFFICILES

INTRODUCTION

Le but de la présente étude est de déterminer si les arrangements fiscaux actuels assurent un financement adéquat, suffisamment stable et flexible pour maintenir un régime de soins pouvant répondre aux besoins des Canadiens. Dans ce rapport, le Comité examine différentes solutions aux difficultés de financement, tout en abordant des problèmes bien précis portant sur les effets du vieillissement de la population sur le système de soins de santé, l'accessibilité aux services, les ressources humaines et la recherche.

Cette étude a été entreprise par le Comité de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes au cours de la dernière législature. Le Comité, présidé par le D^r Bruce Halliday, a entendu des témoins et présenté à la Chambre, le 13 septembre 1988, un rapport provisoire qui a servi de base à la présente étude.

En novembre 1989, le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a repris l'étude du régime canadien de soins de santé et de son financement. Entre novembre 1989 et janvier 1991, le Comité a reçu de nombreux mémoires et entendu un vaste éventail de témoins traitant des points forts et des faiblesses de ce régime. Entre autres témoins, le Comité a entendu le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, des hauts fonctionnaires, des analystes de la politique de la santé, des chercheurs universitaires et des représentants d'associations de professionnels de la santé et de consommateurs, ainsi que d'organismes consultatifs et de groupes de pression. Le 18 juin 1990, le Comité a présenté à la Chambre un rapport provisoire donnant un aperçu des principaux thèmes traités dans les mémoires et résumant les témoignages reçus jusqu'à la mi-avril.

Le Comité considère que la création et le maintien d'un régime de santé efficace, donnant à tous les Canadiens accès à des soins de qualité, constituent un défi de taille pour les Canadiens et leurs gouvernements. Au cours des vingt à trente dernières

3. LES RESSOURCES HUMAINES DES SOINS DE SANTÉ OU L'OFFRE, L'UTILISATION ET LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES PROFESSIONNELS ET DES AUTRES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

- Comment peut-on rendre les services de santé physique et mentale plus accessibles aux pauvres, aux autochtones, aux immigrants et aux minorités culturelles?
- Comment s'assurer que les services de santé soient accessibles aux enfants et aux jeunes et qu'un niveau approprié réponde à leurs besoins spécifiques?
- Jusqu'à quel point les pauvres, les immigrants et les groupes autochtones sont-ils affectés par l'érosion de certaines procédures des services assurés dans certaines provinces?
- Quel est le rôle des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies dans l'amélioration de l'état de santé des groupes désavantagés?
- Étant donné l'absence de distinction nette entre la promotion de la santé et les interventions sociales (comme des logements améliorés, des logements et des moyens de transport spécialement adaptés aux personnes âgées et handicapées, des conseils sur la nutrition et le travail social), les centres de santé locaux et les centres de services communautaires peuvent-ils faire le lien entre les soins curatifs, la promotion de la santé et les programmes sociaux?
- Quel est le lien entre, d'une part, la disponibilité et la répartition des ressources humaines dans le domaine de la santé (médecins, infirmières et autres professionnels de la santé) et, d'autre part, la qualité et la gestion efficace des coûts de la prestation des soins de santé?
- Quel est, dans le réseau de soins de santé, le rôle des professionnels autres que les médecins, comme les sages-femmes, les chiropraticiens, les ergothérapeutes et les masso-thérapeutes? Les Canadiens devraient-ils pouvoir bénéficier d'un accès direct dans le cadre de l'assurance-maladie? Ces professionnels devraient-ils être autorisés à décider si un malade a besoin de services non médicaux, comme les soins à domicile?

MANDAT (ADOPTÉ PAR LE COMITÉ LE 19 OCTOBRE 1989)

LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA ET SON FINANCEMENT : ASPECTS À L'ÉTUDE

1. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET SON INCIDENCE SUR LE RÉSEAU DE SOINS DE SANTÉ

Aujourd'hui seulement 11 p. 100 de la population canadienne est âgée de 65 ans et plus, mais ce pourcentage doit atteindre environ 27 p. 100 d'ici l'an 2031. Différentes études indiquent que les personnes âgées, surtout les plus âgées, ont tendance à utiliser une proportion plus importante des ressources en soins de santé que les jeunes adultes. Toutefois, les chercheurs ne s'entendent pas sur l'importance que la morbidité prendra dans l'avenir. Les personnes âgées de demain peuvent être en meilleure santé que celles d'aujourd'hui grâce à des soins de santé plus accessibles, au progrès de la technologie médicale et à un mode de vie plus sain. En revanche, ils peuvent vivre dans un état d'incapacité et de maladie plus longtemps si l'espérance de vie augmente.

- Les méthodes de financement actuelles nous incitent-elles à trouver des solutions de rechange moins coûteuses à l'institutionnalisation des personnes âgées ayant un état de santé fragile et des maladies chroniques?
- Comment pouvons-nous planifier les services futurs en soins de santé des personnes âgées en extrapolant les tendances actuelles?

2. L'ACCESSIBILITÉ DE DIVERS TYPES DE SERVICES DE SANTÉ DANS TOUTES LES RÉGIONS ET À TOUTES LES CATÉGORIES DE PERSONNES

- Comment peut-on s'assurer qu'un niveau adéquat de services de santé est disponible dans les régions rurales et éloignées?

ORDRES DE RENVOI

Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du 17 mai 1991 :

Du consentement unanime, il est ordonné, — Que le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine en existence le dernier jour de la deuxième session de la législature actuelle soit reconstitué à la seule fin de terminer son rapport sur le régime canadien de soins de santé et son financement, ledit comité reconstitué étant une entité séparée et distincte du comité permanent du même nom dont il est question à l'article 104 du Règlement;

Que, aux fins du présent ordre, les articles du Règlement qui concernent le comité en place à la fin de la deuxième session de la législature actuelle continuent de s'appliquer;

Que les témoignages recueillis par le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine au cours de la deuxième session de la législature actuelle soient réputés avoir été renvoyés au comité;

Que toutes les motions et tous les ordres adoptés par le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine durant la deuxième session de la législature actuelle et nécessaires à l'achèvement du rapport en cours soient réputés avoir été adoptés par le Comité durant la session actuelle; et

Que le comité ainsi constitué dépose son rapport à la Chambre au plus tard le 1^{er} juin 1991 et que, à la présentation de ce rapport, le Comité cesse d'exister.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes
ROBERT MARLEAU

Extrait des Procès-verbaux de la Chambre des communes du mercredi 29 mai 1991 :

Du consentement unanime, il est ordonné, — Que, suite à l'ordre adopté par la Chambre, le vendredi 17 mai 1991, concernant le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, le Comité soit autorisé à présenter son rapport au plus tard le vendredi 21 juin 1991.

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes
ROBERT MARLEAU

RAPPORT À LA CHAMBRE

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE (Comité reconstitué)

a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

En vertu du paragraphe 108(2) du Règlement de la Chambre des communes, votre Comité a étudié le régime de soins de santé au Canada et son financement. Il a adopté le présent rapport qui se lit comme suit :

REMERCIEMENTS

En novembre 1989, le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a entrepris des audiences sur le régime de soins de santé au Canada et son financement.

Le Comité a sollicité la présentation de mémoires et a entendu plus d'une cinquantaine de personnes et d'organisations. Ceux et celles qui ont participé aux audiences en acceptant de partager leurs connaissances et leurs vues sur les aspects variés et complexes du régime canadien de soins de santé ont rendu un service précieux aux responsables de l'étude.

Le Comité tient à exprimer sa sincère reconnaissance à la greffière du Comité, Clairette Bourque, qui a organisé les réunions, aidé au travail de traduction et coordonné la comparution des témoins.

Le présent rapport n'aurait pu voir le jour sans l'aide compétente des attachées de recherche de la Bibliothèque du Parlement. Par leur soutien et leur expérience, Joan Vance et Odette Madore ont rendu d'incalculables services au Comité dans la préparation de son rapport. En outre, l'aide de Maureen Baker a été des plus utiles pendant la première moitié de l'étude. Raisa Deber, de l'Université de Toronto, a également apporté son soutien à titre de consultante.

Les membres du Comité sont également reconnaissants au personnel de soutien de la Direction des comités et au Bureau de la traduction du Secrétariat d'Etat pour leur travail pendant cette étude.

En terminant, le président remercie sincèrement les membres du Comité de leur collaboration durant les audiences et de leur détermination à mener à bon port la publication du présent rapport.

B.	Transferts au comptant et transferts en points d'impôt	119
i)	Réduction de l'impôt fédéral sur le revenu :	119
ii)	Contribution au comptant :	119

ANNEXE F – RAPPORT MINORITAIRE	123
---	------------

DEMANDE D'UNE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT	127
--	------------

PROCÈS-VERBAUX	129
-----------------------------	------------

CHAPITRE 6 – LES RESSOURCES HUMAINES DANS LE	75
DOMAINE DE LA SANTÉ	75

A. LES MÉDECINS	75
-----------------	----

B. LES RESSOURCES INFIRMIÈRES	77
-------------------------------	----

C. LES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ MENTALE	78
--	----

D. LES AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	78
--	----

E. LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES	80
---	----

CHAPITRE 7 – LA RECHERCHE	83
----------------------------------	-----------

CONCLUSION	89
-------------------	-----------

LISTE DES RECOMMANDATIONS	91
----------------------------------	-----------

GLOSSAIRE	97
------------------	-----------

ANNEXE A – LISTE DES TÉMOINS	101
-------------------------------------	------------

ANNEXE B – LISTE DES PARTICULIERS ET DES ORGANISMES QUI ONT SOUMIS UN MÉMOIRE	107
--	------------

ANNEXE C – LISTE DES PARTICULIERS ET DES ORGANISMES QUI ONT SOUMIS UN DOCUMENT AUTRE QU'UN MÉMOIRE	109
---	------------

ANNEXE D – SOMMAIRE DES ÉTUDES PROVINCIALES	111
--	------------

A. Le mandat des commissions d'enquête provinciales et des groupes de travail	111
---	-----

B. Sommaire des rapports provinciaux	112
--------------------------------------	-----

ANNEXE E – CALCUL DES CONTRIBUTIONS VERSÉES AUX PROVINCES AU TITRE DE LA SANTÉ EN VERTU DU FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS	117
--	------------

A. Calcul des transferts au titre du FPE	117
--	-----

71	ACQUISE (SIDA)	F. LE SYNDROME D'IMMUNO-DÉFICIENCE
68	LA MALADIE MENTALE	E.
66	5. Les immigrants et les minorités culturelles	
63	4. Les peuples autochtones	
62	3. Les femmes	
60	2. Les enfants et les adolescents	
59	1. Les pauvres	
58	LES GROUPES AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX	D.
57	DE SANTÉ	C. LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES SERVICES
55	A DOMICILE, DE SOUTIEN SOCIAL ET DE PRÉVENTION	B. LES SERVICES COMMUNAUTAIRES, DE SOINS
52	LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DURÉE	A.
51	DE SANTÉ	
	CHAPITRE 5 – L'ACCESSIBILITÉ DES SERVICES	

49	DE SANTÉ ET LES BESOINS FUTURS	D. LES PERSONNES ÂGÉES, LE COÛT DES SOINS
41	L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ	C. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET
40	DES SOINS DE SANTÉ	B. LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET LE COÛT
39	LES TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES	A.
39	DE LA POPULATION	
	CHAPITRE 4 – LES EFFETS DU VIEILLISSEMENT	

31	1. Les avantages et les inconvénients du système de santé canadien	2. Les solutions proposées aux problèmes de financement des soins de santé au Canada
32	a. Réaffectation des fonds publics	
32	b. Privatisation de certains aspects du système de soins de santé	c. Modification du mode de rémunération des médecins
35		d. Accroissement de l'effort de recherche appliquée

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	v
ORDRES DE RENVOI	ix
MANDAT	xi
INTRODUCTION	xiii
CHAPITRE 1 – LES DÉPENSES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ AU CANADA	1
A. LES DÉPENSES NATIONALES	1
B. LES DÉPENSES PROVINCIALES	7
C. LE CONTRÔLE DES COÛTS	9
CHAPITRE 2 – LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ	11
A. LE CADRE CONSTITUTIONNEL	11
B. LA LÉGISLATION FÉDÉRALE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ	13
C. ÉVOLUTION DE LA CONTRIBUTION FINANCIÈRE FÉDÉRALE DANS LE CADRE DU FPE	17
D. QU'EST-CE QUE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL PEUT OU DEVRAIT FAIRE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ?	21
CHAPITRE 3 – LA PLANIFICATION ET LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ	27
A. PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DE LA MALADIE	28
B. LE SYSTÈME DE PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ	30

Chairman: Bob Porter

Vice-Chairman:

Members

Chris Aaxworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy-Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Acting Members

Jim Karpoff
Rey Pagtakhan

Researchers

Odette Madore
Joan Vance
Research Branch of the
Library of Parliament

Clairette Bourque

Clerk of the Committee

Président: Bob Porter

Vice-président:

Membres

Chris Aaxworthy
Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
John Cole
David Dingwall
Barbara Greene
Albina Guarnieri
Bruce Halliday
Joy Langan
Paul Martin
Nicole Roy-Arcelin
Brian White
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Membres suppléants

Jim Karpoff
Rey Pagtakhan

Attachées de recherche

Odette Madore
Joan Vance
Service de recherche de la
Bibliothèque du Parlement

La greffière du Comité

Clairette Bourque

Published under authority of the Speaker of the
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente: Groupe Communication Canada — Edition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre
des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

Le mardi 21 mai 1991
Le mercredi 22 mai 1991
Le jeudi 23 mai 1991
Le mardi 28 mai 1991
Le mardi 4 juin 1991
Le mercredi 5 juin 1991
Le mercredi 12 juin 1991

Président: Bob Porter

Tuesday, May 21, 1991
Wednesday, May 22, 1991
Thursday, May 23, 1991
Tuesday, May 28, 1991
Tuesday, June 4, 1991
Wednesday, June 5, 1991
Wednesday, June 12, 1991

Chairman: Bob Porter

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

CONCERNANT:

En vertu de l'ordre spécial adopté par la Chambre le
vendredi 17 mai 1991, étude du projet de rapport sur le
régime de soins de santé au Canada et son financement

RESPECTING:

Pursuant to the Special Order adopted by the House on
Friday, May 17, 1991, consideration of the Draft Report
on the health care system in Canada and its funding

INCLUDING:

The First Report to the House

Le premier rapport à la Chambre

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991

**LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ
AU CANADA
ET SON FINANCEMENT :
DES CHOIX DIFFICILES**

**PREMIER RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET
DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE
(Comité reconstitué)**

**Bob Porter, député
Président**

JUIN 1991

LE RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ AU CANADA ET SON FINANCEMENT : DES CHOIX DIFFICILES

PREMIER RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET
DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES,
DU TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE
(Comité reconstitué)

Bob Porter, député
Président

JUIN 1991

CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA



HOUSE OF COMMONS

Issue No. 2

Thursday, May 30, 1991

Thursday, June 6, 1991

Chair: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 2

Le jeudi 30 mai 1991

Le jeudi 6 juin 1991

Présidence: Barbara Greene

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Organization Meeting and Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1992. Vote 40, Status of Women under Employment and Immigration. Vote 1, Fitness and Amateur Sport

CONCERNANT:

Séance d'organisation et budget des dépenses principal pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 1992. Crédit 40, Condition féminine Canada sous la rubrique Emploi et Immigration. Crédit 1, Condition physique et Sport amateur

APPEARING:

Hon. Mary Collins
Associate Minister of National Defence
and Minister responsible for the Status of Women

Hon. Pierre H. Cadieux
Minister of State (Fitness and Amateur Sport)
and Minister of State (Youth)
and Deputy Leader of the Government to the House of Commons

WITNESS:

(See back cover)

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991

COMPARAÎT:

L'honorable Mary Collins
ministre associé de la Défense nationale
et ministre responsable de la situation de la femme

L'honorable Pierre H. Cadieux
ministre d'État (Condition physique et Sport amateur)
et ministre d'État (Jeunesse) et
leader adjoint du gouvernement à la Chambre des communes

TÉMOIN:

(Voir à l'endos)

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991



STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Bobbie Sparrow
Rey Pagtakhan

Members

Edna Anderson
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Nino A. Travella

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-présidents: Bobbie Sparrow
Rey Pagtakhan

Membres

Edna Anderson
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Bobbie Sparrow
David Walker
Stanley Wilbee

(Quorum 8)

Le greffier du Comité

Nino A. Travella

ORDER OF REFERENCE

Friday, May 24, 1991

Mr. Tremblay (Québec-Est) for Mr. Cooper, from the Standing Committee on House Management, presented the Second Report of the Committee, which is as follows:

Your Committee recommends that the Standing and Legislative Committees of this House be composed of the Members listed below:

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Barbara Sparrow
David Walker
Stan Wilbee

ATTEST

ROBERT MARLEAU

The Clerk of the House of Commons

ORDRE DE RENVOI

Le vendredi 4 mai 1991

M. Tremblay (Québec-Est), au nom de M. Cooper, du Comité permanent de la gestion de la Chambre, présente le deuxième rapport de ce Comité dont en voici le texte:

Votre Comité recommande que les comités permanents et législatifs de la Chambre soient composés des députés dont les noms figurent ci-après:

Edna Anderson
Barbara Greene
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
Rey Pagtakhan
Barbara Sparrow
David Walker
Stan Wilbee

ATTESTÉ

Le Greffier de la Chambre des communes

ROBERT MARLEAU

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, MAY 30, 1991

(1)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 11:30 o'clock a.m. this day, in Room 306, West Block, for the purpose of organization.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan, Bobbie Sparrow, Stan Wilbee.

Acting Member present: Beth Phinney for David Walker.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

The Clerk of the Committee presided over the election of a Chairman.

Barbara Sparrow, seconded by Rey Pagtakhan moved,—That, Barbara Greene take the Chair of this Committee.

The question being put on the motion, it was agreed to

Barbara Greene took the Chair.

On motion of Stan Wilbee, Barbara Sparrow was elected Vice-Chairman of this Committee.

On motion of Barbara Sparrow, Rey Pagtakhan was also elected Vice-Chairman of this Committee.

On motion of Stan Wilbee, it was agreed,—That, the Committee's *Minutes of Proceedings and Evidence* be henceforth printed in the quantity (550 copies) and in the manner approved by the Board of Internal Economy.

On motion of Jim Karpoff, it was agreed,—That, the Chair be authorized to hold meetings, to receive and authorize the printing of Evidence when a quorum is not present provided that at least three (3) members are present and that both Government and Opposition members are present.

Rey Pagtakhan moved,—That, pursuant to Standing Order 108(1), a Sub-Committee of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, composed of three (3) to five (5) members, with membership to be determined by the Chair after the usual consultations, be established with all the powers of the Committee except the power to report to the House; and that, pursuant to Standing Order 108(2), the said Sub-Committee examine some aspects of poverty in Canada and report its conclusions and recommendations to the Committee.

Rey Pagtakhan moved,—That, pursuant to Standing Order 108(1), a Sub-Committee of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, composed of three (3) to five (5) members, with membership to be determined by the Chair after the usual consultations, be established with all the powers of the Committee except the power to report to the House; and that, pursuant to Standing Order 108(2), the said Sub-Committee examine some aspects of the status of women and report its conclusions and recommendations to the Committee.

PROCÈS-VERBAUX

LE JEUDI 30 MAI 1991

(1)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine tient aujourd'hui sa séance d'organisation à 11 h 30, dans la salle 306 de l'édifice de l'Ouest.

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow, Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: Beth Phinney remplace David Walker.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachés de recherche.

Le greffier procède à l'élection du président.

Barbara Sparrow, appuyée par Rey Pagtakhan, propose,—Que Barbara Greene soit élue présidente du Comité.

La motion est mise aux voix et adoptée.

Barbara Greene prend place au fauteuil.

Sur motion de Stan Wilbee, Barbara Sparrow est élue vice-présidente du Comité.

Sur motion de Barbara Sparrow, Rey Pagtakhan est élu vice-président du Comité.

Sur motion de Stan Wilbee, il est convenu,—Que le Comité fasse imprimer 550 exemplaires de ses *Procès-verbaux et témoignages*, suivant les directives du Bureau de régie interne.

Sur motion de Jim Karpoff, il est convenu,—Que le président soit autorisé à tenir des séances, à entendre des témoignages et en permettre l'impression en l'absence de quorum, pourvu que trois membres du Comité soient présents, et que le gouvernement et l'opposition soient représentés.

Rey Pagtakhan propose,—Conformément au paragraphe 108(1), que soit constitué un sous-comité du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, comprenant de trois à cinq membres nommés par le président après les consultations habituelles, et qu'il ait tous les pouvoirs du Comité sauf celui de faire rapport à la Chambre; et qu'en application du par. 108(2), le sous-comité examine certains aspect de la pauvreté au Canada et présente ses conclusions et recommandations au Comité.

Rey Pagtakhan propose,—Conformément au paragraphe 108(1), que soit constitué un sous-comité du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, comprenant de trois à cinq membres nommés par le président après les consultations habituelles, et qu'il ait tous les pouvoirs du Comité sauf celui de faire rapport à la Chambre; et qu'en application du paragraphe 108(2), le sous-comité examine certains aspect de la condition féminine et présente ses conclusions et recommandations au Comité.

Jim Karpoff moved,—That, authorization be obtained so that the evidence adduced by both Sub-Committees in the previous session be referred to the Sub-committees in the present session.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to.

Barbara Sparrow moved,—That, the Committee retain the services of one or more Research Officer(s) from the Library of Parliament, as needed, to assist the Committee in its work, at the discretion of the Chair.

The question being put on the motion, it was agreed to.

Barbara Sparrow moved,—That, as established by the Board of Internal Economy, and if requested, reasonable travelling, accommodation and living expenses be reimbursed to witnesses who will have appeared before the Committee up to a maximum of three (3) representatives for any one organization.

After debate, the question being put on the motion, it was agreed to.

After debate, it was agreed,—That, the Committee authorize payment of child care expenses for witnesses appearing before the Committee or one of its Sub-Committees and that such expenses be paid from the "Witness expenses" item in the Committee's budget for the fiscal year ending March 31, 1992.

On motion of Stan Wilbee, it was agreed,—That, pursuant to Standing Order 108(1), a Sub-Committee of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, composed of three (3) to five (5) members, with membership to be determined by the Chair after the usual consultations, be established with all the powers of the Committee except the power to report to the House; and that, pursuant to Standing Order 108(2), the said Sub-Committee examine some aspects of Fitness and Amateur Sports and report its conclusions and recommendations to the Committee.

Jim Karpoff moved,—That, the Committee undertake a study of Hepatitis B in Canada and its care, as well as breast feeding and infant formula and medical devices and implants.

After debate, it was agreed,—That, the matter be considered at a future meeting.

It was agreed,—That, on or before June 11, 1991, the Committee hold a business meeting to consider future business.

It was agreed,—That, the Committee attempt to sit on Tuesdays at 10:00 o'clock a.m. and Thursdays at 10:00 o'clock a.m.

Barbara Sparrow moved,—That, the Committee not meet with Ministers on Main Estimates before June 7, 1992.

The question being put on the motion, it was negated on the following division: Yeas: 3 and Nays: 4.

It was agreed,—That, a meeting be held with Senior Officials to discuss the Canada Assistance Program and the Child Tax Credit.

At 12:40 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Jim Karpoff propose,—Que les deux sous-comités soient autorisés à utiliser les témoignages recueillis par deux autres sous-comités au cours de la session précédente.

Après débat, la motion est mise aux voix et adoptée.

Sur motion de Barbara Sparrow, il est convenu,—Que le Comité, s'il le juge à propos et à la discrétion du président, retienne les services d'au moins un attaché de recherche de la Bibliothèque du Parlement, pour l'aider dans ses travaux.

Après débat, la motion est mise aux voix et adoptée.

Sur motion de Barbara Sparrow, il est convenu,—Que, conformément aux directives du Bureau de régie interne et sur demande, les témoins invités à comparaître devant le Comité soient remboursés de leurs frais de déplacement et de séjour jugés raisonnables, à raison d'au plus trois délégués par organisme.

Après débat, la motion est mise aux voix et adoptée.

Après débat, il est convenu,—Que le Comité autorise le remboursement de frais de garderie aux témoins qui viennent témoigner devant lui ou devant un de ses sous-comités, et que ces dépenses soient imputées au poste «Dépenses de témoins» de son budget pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1992.

Sur motion de Stan Wilbee, il est convenu,—Conformément au paragraphe 108(1), que soit constitué un sous-comité du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, comprenant de trois à cinq membres nommés par le président après les consultations habituelles, et qu'il ait tous les pouvoirs du Comité sauf celui de faire rapport à la Chambre; et qu'en application du paragraphe 108(2), le sous-comité examine certains aspect de la condition physique et du sport amateur et présente ses conclusions et recommandations au Comité.

Jim Karpoff propose,—Que le Comité enquête sur l'hépatite B et sur son traitement, sur l'allaitement maternel et les formules pour nourrissons, les appareillages médicaux et les implants.

Après débat, il est convenu,—Que la question soit reportée à une prochaine séance.

Il est convenu,—Que d'ici le 11 juin, le Comité tienne une réunion pour examiner son programme de travail.

Il est convenu,—Que le Comité siège de préférence le mardi et le jeudi, à 10 heures.

Barbara Sparrow propose,—Que, lors de l'étude du budget principal, le Comité n'invite aucun ministre à témoigner avant le 7 juin 1992.

Après débat, la motion, mise aux voix, est rejetée par 4 voix contre 3.

Il est convenu,—Que des hauts fonctionnaires soient invités pour discuter du Programme d'assistance publique du Canada et du crédit d'impôt pour enfants.

À 12 h 40, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

THURSDAY, JUNE 6, 1991
(2)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 10:00 o'clock a.m. this day, in Room 269, West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Rey Pagtakhan, Bobbie Sparrow, Stan Wilbee.

Acting Members present: David Kilger for David Walker and Dawn Black for Jim Karpoff.

Other Members present: Mary Clancy, Jack Anawak, Marcel R. Tremblay and John Brewin.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore, Joan Vance, Patricia Bégin and Luc Fortin, Research Officers.

Appearing: The Honourable Mary Collins, Associate Minister of National Defence and Minister responsible for the Status of women.

Appearing: The Honourable Pierre H. Cadieux, Minister of State (Fitness and Amateur Sport) and Minister of State (Youth) and Deputy Leader of the Government to the House of Commons.

Witness: Lyle Makosky, Assistant Deputy Minister, Fitness and Amateur Sport.

The Order of Reference dated Tuesday, May 14, 1991 relating to the Main Estimates for the fiscal year ending March 31, 1992, being read as follows:

Ordered,—That, Votes 30 and 40 under Employment and Immigration and Votes 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 and 35 under National Health and Welfare be referred to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

The Chair called vote 40, under Employment and Immigration (Status of Women, Office of the Co-ordinator, Program Expenditures).

The Honourable Mary Collins made an opening statement and answered questions.

The Chair called vote 1 under National Health and Welfare (Program Expenditures, Fitness and Amateur Sport).

The Honourable Pierre H. Cadieux made an opening statement and, with Lyle Makosky, answered questions.

At 12:00 o'clock noon, the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nino A. Travella

Clerk of the Committee

LE JEUDI 6 JUIN 1991
(2)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit aujourd'hui à 10 heures, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene.

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Rey Pagtakhan, Barbara Sparrow, Stan Wilbee.

Membres suppléants présents: David Kilger remplace David Walker; Dawn Black remplace Jim Karpoff.

Autres députés présents: Mary Clancy, Jack Anawak, Marcel R. Tremblay et John Brewin.

Aussi présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Joan Vance, Patricia Bégin et Luc Fortin, attachés de recherche.

Comparait: L'honorable Mary Collins, ministre associé de la Défense nationale et ministre responsable de la Condition féminine.

Comparait: L'honorable Pierre H. Cadieux, ministre d'État (Condition physique et Sport amateur), ministre d'État (Jeunesse) et leader adjoint du gouvernement à la Chambre.

Témoin: Lyle Makosky, sous-ministre adjoint, Condition physique et Sport amateur.

Lecture est donnée de l'ordre de renvoi du mardi 14 mai 1991 portant sur l'étude du Budget des dépenses principal pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1992:

Il est ordonné,—Que les crédits 30 et 40, sous Emploi et immigration, de même que les crédits 1, 5, 10, 15, 20, 25, 30 et 35, sous Santé nationale et Bien-être social, soient renvoyés au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

La présidente appelle: crédit 40, Condition féminine, Bureau de la coordonnatrice, Dépenses du programme, Emploi et Immigration.

L'honorable Mary Collins fait un exposé et répond aux questions.

La présidente appelle: crédit 1, Condition physique et Sport amateur, Dépenses du programmes, Santé nationale et Bien-être social.

L'honorable Pierre H. Cadieux fait un exposé puis, avec Lyle Makosky, répond aux questions.

À 12 heures, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Le greffier du Comité

Nino A. Travella

[Texte]

EVIDENCE

[Recorded by Electronic Apparatus]

Thursday, May 30, 1991

• 1132

The Clerk of the Committee: Order.

The first item of business is to elect a member to the chair of this committee. I am ready to receive motions to that effect.

Mrs. Sparrow (Calgary Southwest): I nominate Mrs. Barbara Greene as chairman of this committee.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): I second that.

Motion agreed to

The Chair: Thank you. That is right on the agenda here. I have to thank the committee for their support.

Second, we have the election of two vice-chairs. Do we have a nomination?

Mr. Wilbee (Delta): I nominate Mr. Joncas.

Mrs. Sparrow: Excuse me, Madam Chairman, but are the two vice-chairmen separate motions?

The Chair: Yes, I would think a different motion for each. Is it the pleasure of the committee to adopt the motion?

Motion agreed to

The Chair: Next, we have another vice-chair. I understand Mr. Pagtakhan was interested.

Mrs. Sparrow: I would like to nominate Dr. Pagtakhan as vice-chairman of this committee.

Motion agreed to

The Chair: The next motion we need is one that the committee's *Minutes of Proceedings and Evidence* be henceforth printed in the quantity of 550 copies in a manner approved by the Board of Internal Economy.

Mr. Wilbee: I so move.

Motion agreed to

The Chair: The next motion is meetings when a quorum is not present. The motion is that the chair be authorized to hold meetings to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present. We need a mover for that motion. It is just for the hearing of witnesses.

• 1135

Mrs. Sparrow: Is that item 3?

The Chair: It is item C.(5).

Mrs. Sparrow: Could I ask a question, Madam Chair? I think this motion reads that the chair alone would be authorized to—

[Traduction]

TÉMOIGNAGES

[Enregistrement électronique]

Le jeudi 30 mai 1991

La greffière du Comité: La séance est ouverte.

Le premier point à l'ordre du jour est l'élection d'un membre du comité à la présidence. Je suis prêt à entendre les motions à ce sujet.

Mme Sparrow (Calgary-Sud-Ouest): Je propose la nomination de M^{me} Barbaba Greene à la présidence du comité.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): J'appuie cette motion.

La motion est adoptée

La présidence: Je vous remercie. Tout est indiqué sur l'ordre du jour. Je dois remercier le comité pour l'appui qu'il m'accorde.

Ensuite, nous devons élire les vices-présidents. Avons-nous des candidatures?

M. Wilbee (Delta): Je propose la nomination de M. Joncas.

Mme Sparrow: Excusez-moi, madame la présidente, mais doit-on présenter deux motions différentes pour l'élection des deux vices-présidents?

La présidence: Oui, je pense qu'il faut une motion pour chaque vice-président. Plaît-il au comité d'adopter la motion?

La motion est adoptée

La présidence: Maintenant, nous devons élire un autre vice-président. Je crois que M. Pagtakhan serait intéressé.

Mme Sparrow: Je propose que M. Pagtakhan soit élu vice-président de ce comité.

La motion est adoptée

La présidence: La motion suivante nous amène à proposer que les procès-verbaux et témoignages du comité soient imprimés à raison de 550 copies et de la façon approuvés par le Bureau de régie interne.

M. Wilbee: Je propose cette motion.

La motion est adoptée

La présidence: La motion suivante concerne l'absence de quorum. La motion précise que la présidente soit autorisée à tenir des réunions, à recevoir des témoignages et à en permettre la publication en l'absence de quorum. Nous avons besoin d'un parrain pour cette motion. C'est simplement pour l'audition des témoins.

Mme Sparrow: Est-ce l'article 3?

La présidence: Non, l'article C.(5).

Mme Sparrow: Puis-je poser une question, madame la présidente? La motion précise que seule la présidente est autorisée à. . .

[Text]

Mr. Karpoff (Surrey North): I move that we provide that at least three members are present and both government and opposition members are present.

The Chair: The committee has basically followed that approach in the past. The Subcommittee on Poverty allows just the chair to hear witnesses and the Subcommittee on the Status of Women requires a member of the opposition to be present, so there are just two examples.

Mrs. Sparrow: But subcommittees are different.

The Chair: Yes. I very much doubt whether we will be hearing witnesses as a committee, except for ministers perhaps.

Are you in agreement with the amended motion, that at least three members be present and both government and opposition members be present?

Mrs. Sparrow: I will amend that motion to say the Official Opposition. Or is that—

The Chair: The term means any opposition. The meaning is broader.

That motion is moved by Mr. Karpoff.

Motion agreed to

The Chair: On the creation of the Subcommittee on Poverty it is moved:

That, pursuant to Standing Order 108(1), a Subcommittee of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, composed of three (3) to five (5) members, with membership to be determined by the Chair after the usual consultations, be established with all the powers of the Committee except the power to report to the House; and that, pursuant to Standing Order 108(2), the said Subcommittee examine some aspect of poverty in Canada and report its conclusions and recommendations to the Committee.

I understand that the motion means we also accept all the evidence that the committee has been hearing since June 1989.

Mrs. Sparrow: My question is with regard to the wording, Madam Chair, which says that the subcommittee "be established with all the powers of the Committee". I would like some debate on that wording. I feel a subcommittee should come back to the full committee.

The Chair: It does so. The subcommittee cannot report to the House.

Mrs. Sparrow: I do not think this wording is clear enough.

The Chair: The motion says "except the power to report to the House", so the subcommittee can only report to this committee.

Ms Phinney (Hamilton Mountain): Does the motion say the subcommittee has to report to the committee?

The Chair: That is the only way in which the subcommittee can get to the House.

[Translation]

M. Karpoff (Surrey-Nord): Je propose que l'on exige qu'au moins trois membres du comité soient présents et que le gouvernement et l'opposition soient représentés.

La présidence: Jusqu'à présent, le comité a suivi cette règle de manière générale. Le Sous-comité sur la pauvreté autorise seulement la présidente à entendre des témoins, tandis que le Comité de la condition féminine exige qu'un membre de l'opposition soit présent. Voilà deux exemples.

Mme Sparrow: Mais, c'est différent pour les sous-comités.

La présidence: En effet. Je ne pense pas que ce comité entendra de témoins, à part des ministres, peut-être.

Êtes-vous d'accord avec la motion modifiée demandant qu'au moins trois membres du comité soient présents et que le gouvernement et l'opposition soient représentés?

Mme Sparrow: J'aimerais modifier cette motion afin de préciser que l'opposition officielle doit être représentée. À moins que...

La présidence: La motion est plus générale et mentionne n'importe quel membre de l'opposition.

M. Karpoff propose cette motion.

La motion est adoptée

La présidence: Création du Sous-comité de la pauvreté:

Que, conformément au paragraphe 108(1) du Règlement, un sous-comité du Comité permanent de la Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième Âge et de la Condition féminine, composé de trois (3) à cinq (5) membres et dont il incombe au président d'établir la composition après les consultations d'usage, soit établi avec tous les pouvoirs du Comité, excepté celui de faire rapport directement à la Chambre; et que, en vertu du paragraphe 108(2) du Règlement, ledit Sous-comité étudie un aspect quelconque de la pauvreté et fasse rapport de ses conclusions et recommandations au comité.

Je crois qu'en adoptant cette motion, nous acceptons également tous les témoignages que le comité a entendus depuis juin 1989.

Mme Sparrow: J'ai une question relativement au libellé de la motion qui exige que le Sous-comité «soit établi avec tous les pouvoirs du Comité». J'aimerais discuter de cette formulation. Je crois en effet que le Sous-comité devrait faire rapport au comité plénier.

La présidence: Il doit le faire. Le Sous-comité ne peut pas faire rapport directement à la Chambre.

Mme Sparrow: À mon avis, le texte n'est pas suffisamment clair.

La présidence: La motion précise que le Sous-comité a tous les pouvoirs du Comité, «excepté celui de faire rapport directement à la Chambre». Par conséquent, le Sous-comité ne peut faire rapport qu'au Comité dont il relève.

Mme Phinney (Hamilton Mountain): Est-ce que la motion précise que le Sous-comité doit faire rapport au Comité?

La présidence: C'est la seule façon dont dispose le Sous-comité pour faire rapport à la Chambre.

[Texte]

Ms Phinney: Does the motion say that is the only way in which the subcommittee can get to the House?

The Chair: If the subcommittee cannot report to the House, where else can it report to?

This is the standard motion we had last time. It is apparently in the Standing Orders that subcommittees cannot report to the House and can only report to the standing committee of which they are a subcommittee.

Mrs. Sparrow: For final approval or disapproval.

The Clerk: Precisely.

Mrs. Sparrow: Is that okay?

The Clerk: Yes, that is the way it is.

The Chair: The motion is moved by Dr. Pagtakhan.

Motion agreed to

The Chair: Now we have the motion on the Subcommittee on the Status of Women, which is exactly the same motion.

Mr. Karpoff: A point of order. Just to make clear that there is no problem about carrying evidence forward, I am wondering whether we should make a motion that with regard to the Subcommittee on Poverty it is clear that we are authorizing them to carry forward the information they have previously received.

The Clerk: Prorogation, as you are probably aware, kills all proceedings that have occurred up to that point. In order to have the past evidence of a subcommittee referred to a committee because of an ongoing study, the House simply passes a motion that this particular evidence of this particular subcommittee of such and such a standing committee is now referred to the ongoing committee, because that evidence is dead.

• 1140

Mr. Pagtakhan: Is that an explicit requirement of House rules, or is it an interpretation of House rules?

The Clerk: Well, it is the way it has always been done. Traditionally, proceedings of a committee at prorogation are dead. That is why they had to resurrect the special joint committee on the constitution; they had to resurrect, I believe, the old health committee.

The Chair: It seems to me, then, that we have to ask the House to do this motion, and it better do it fast, because it is ridiculous. We have heard well over 100 deputations in two years, plus the status of women one.

Mrs. Sparrow: It all dies unless the House gives you an order, Barbara.

The Chair: It is very hard to do anything until you—

Mr. Karpoff: In view of the direction from the clerk, maybe it would be appropriate for this committee to request unanimously that the House do that. We can at least go to the House leaders and say... I would move that this committee request that the House... What is the terminology?

[Traduction]

Mme Phinney: Est-ce que la motion stipule qu'il s'agit du seul moyen pour le Sous-comité de faire rapport à la Chambre?

La présidence: Si le Sous-comité ne peut faire rapport directement à la Chambre, à qui donc peut-il faire part de ses conclusions et recommandations?

C'est la motion habituelle que nous avons adoptée la dernière fois. Le Règlement stipule apparemment que les sous-comités ne peuvent faire rapport à la Chambre et doivent obligatoirement remettre leurs conclusions et recommandations au comité permanent dont ils relèvent.

Mme Sparrow: Afin que le rapport soit approuvé ou rejeté.

La greffière: Exactement.

Mme Sparrow: Est-ce bien cela?

La greffière: Oui, c'est bien cela.

La présidence: La motion est proposée par M. Pagtakhan.

La motion est adoptée

La présidence: Nous en arrivons maintenant à la motion concernant le Sous-comité sur la condition féminine. La motion est exactement la même.

M. Karpoff: Rappel au Règlement. De manière à garantir qu'il n'y a aucun problème à reporter les témoignages entendus, je me demande s'il ne faudrait pas proposer une motion précisant que le Sous-comité de la pauvreté est autorisé à conserver les informations qu'il a obtenues précédemment.

La greffière: Comme vous le savez probablement, la prorogation annule toutes les délibérations antérieures. Pour conserver les témoignages entendus antérieurement et rapportés par le Sous-comité au Comité dont il relève en raison d'une étude continue, la Chambre adopte simplement une motion précisant que les témoignages d'un sous-comité d'un comité permanent sont transférés à ce comité, puisque les témoignages sont désormais considérés comme nuls.

Mr. Pagtakhan: Et-ce que le Règlement stipule cela de manière explicite ou est-ce simplement une interprétation?

La greffière: C'est toujours comme cela que ça se passe. En cas de prorogation, les délibérations d'un comité sont toujours annulées. C'est la raison pour laquelle il a fallu ressusciter le Comité mixte spécial sur la Constitution et également, je crois, l'ancien Comité de la santé.

La présidence: J'ai l'impression alors que nous devons demander à la Chambre d'adopter cette motion et de le faire le plus rapidement possible, car cela devient ridicule. Nous avons entendu plus de 100 témoignages en deux ans, sans parler du Sous-comité sur la condition féminine.

Mme Sparrow: Vous savez, Barbara, tout cela disparaît à moins que la Chambre vous autorise à le conserver.

La présidence: Il est très difficile de faire quoi que ce soit tant que...

M. Karpoff: D'après ce que nous dit la greffière, le Comité aurait peut-être intérêt à réclamer unanimement que la Chambre procède de cette manière. Nous pouvons demander aux chefs des différents partis politiques de la Chambre... Je propose que le comité demande à la Chambre... Comment doit-on dire cela?

[Text]

The Clerk: "That the evidence adduced in the previous session be referred to"—whatever, your subcommittee or—

Mr. Karpoff: Put in "adduced before the Subcommittee on Poverty in the previous session be directed or referred to the new Subcommittee on Poverty."

Mrs. Sparrow: Is there some way that some of the new members could get copies of relevant materials? Eventually it is going to come back to this committee for review.

The Chair: Has it all been translated pretty well by now?

The Clerk: The issues are still available in distribution for the testimony.

Mrs. Sparrow: Would it be possible then, Madam Chair, to make the issues available to the committee members?

The Chair: Let us carry the first two motions and then a further motion that the evidence previously provided in the committees be circulated.

Mr. Wilbee: How many members of the previous committee are on the present committee?

The Chair: All of them, as far as I know. I believe they have all—

The Clerk: Madame Roy-Arcelin was a member.

The Chair: Was she still a member?

The Clerk: No, but she was in the former Subcommittee on Poverty.

The Chair: Well, she has not been a member for quite a while.

The membership of the status of women will be exactly the same: Pierrette Venne, myself, and Louise Feltham.

Mr. Wilbee: But they are not necessarily members of this committee.

The Chair: No. It was Mary Clancy and Dawn Black. And then the membership of the poverty subcommittee has been myself, Chris Axworthy, and Albina Guarnieri, and Edna Anderson and Louise Feltham have been coming lately.

Mr. Wilbee: What about the other committees that were subcommittees of this one, such as Fitness and Amateur Sport?

Mr. Karpoff: I have a motion to make on that, if we get these two together.

The Chair: First of all let us deal with the Subcommittee on Poverty and carry the motion about the evidence. Then we will deal with the Subcommittee on the Status of Women and carry that motion. Then we will have a further motion about the circulation of evidence. Then we will entertain new motions.

Mr. Pagtakhan: I just want to inquire about the Subcommittee on Poverty. Is the intention of the proposed motion to the House...only to the extent that proceedings would then constitute a piece of published evidence? I am asking for a procedural interpretation.

[Translation]

La greffière: Que les témoignages réunis au cours de la session précédente soient renvoyés à tel ou tel sous-comité, ou. . .

M. Karpoff: Il vaudrait mieux dire «que les témoignages présentés au Sous-comité de la pauvreté au cours de la session précédente soit remis au nouveau Sous-comité de la pauvreté».

Mme Sparrow: Est-il possible de remettre aux nouveaux membres du comité des copies des documents pertinents? Le comité aura à en faire l'examen.

La présidence: La traduction devrait en être à peu près achevée.

La greffière: Les exemplaires des témoignages sont encore à la distribution.

Mme Sparrow: Serait-il possible, madame la présidente, de distribuer ces exemplaires aux membres du comité?

La présidence: Adoptons tout d'abord les deux premières motions ainsi qu'une autre motion demandant la distribution des témoignages entendus précédemment par les comités.

M. Wilbee: Combien de membres de l'ancien comité siègent encore au comité actuel?

La présidence: Ils sont tous là, pour autant que je sache. Je crois qu'ils sont tous là. . .

La greffière: Madame Roy-Arcelin était membre du comité.

La présidence: Est-ce qu'elle était toujours membre du comité?

La greffière: Non, mais elle faisait partie de l'ancien Sous-comité de la pauvreté.

La présidence: Eh bien, cela fait quelque temps qu'elle n'est plus membre du comité.

Les membres du Sous-comité sur la condition féminine seront les mêmes: Pierrette Venne, Louise Feltham et moi-même.

M. Wilbee: Mais elles ne sont pas nécessairement membres de ce comité.

La présidence: Non. Il y avait Mary Clancy et Dawn Black. Quant au Sous-comité de la pauvreté, il était composé de moi-même, de Chris Axworthy, d'Albina Guarnieri, d'Edna Anderson et de Louise Feltham qui sont arrivées un peu plus tard.

M. Wilbee: Qu'en est-il des autres comités tels que le Comité de la santé et du sport amateur qui relevait de ce comité?

M. Karpoff: J'ai une motion à proposer à ce sujet dès que nous aurons adopté les motions qui nous occupent actuellement.

La présidence: Finissons-en d'abord avec le Sous-comité de la pauvreté et adoptons la motion concernant les témoignages. Ensuite, il faudra passer au Sous-comité sur la condition féminine et adopter cette motion. Ce n'est qu'après avoir adopté une autre motion concernant la distribution des témoignages que nous nous intéresserons aux nouvelles motions.

M. Pagtakhan: J'aimerais poser une question sur le Sous-comité de la pauvreté. La motion que nous proposons de présenter à la Chambre s'applique-t-elle uniquement dans la mesure où les délibérations constitueraient un témoignage publié? J'aimerais avoir une interprétation de la procédure.

[Texte]

The Chair: I am just so amazed. We have sat for all these months, since June 1989, listening to this. We have had this hiatus for just over a month, and now we have all this bureaucracy to go through. Just think of all the organizations that have been here and have made deputations, and so on, and now suddenly it vanishes.

An hon. member: Those are the rules.

• 1145

Mr. Pagtakhan: I am asking that because if in fact it would constitute an evidentiary document...and it could only be construed as such if it is truly a document—right?

The Chair: If it is referred to a committee—

The Clerk: Anything you want. It will all come back.

Mr. Pagtakhan: No, but let me finish my argument then.

Mr. Karpoff: It is not just their report. It was all the evidence.

The Chair: Their evidence.

Mr. Karpoff: All the evidence that was put before that committee is referred to it.

The Chair: Which has all been, at public expense, recorded and—

Mr. Karpoff: It is all the evidence that was—

Mr. Pagtakhan: Right. Okay. That is a good qualification there. So then all those things are to be conceded as evidence—right? Without the motion of the House, it cannot be conceded as evidence.

The Clerk: It is still evidence, but it would only be evidence for the previous session.

Mr. Pagtakhan: I am asking that because I thought it was understood and clear that we can have published authorities as evidence by a committee or a subcommittee, even if that authority has appeared in person but is in the Library of Parliament.

The Chair: Well, we can refer in the reports to—

An hon. member: Oh, yes, that is right.

The Chair: I think we are getting way off here.

Mr. Pagtakhan: Madam Chairman, do not interrupt, please. I am trying to save time for the subcommittee. If it were true that it is allowable to be accessed, my question, like your earlier question, Madam Chairman, is why we have to go the House, and I would like the procedural interpretation. Now, if she says no, we have to go, then I abide.

The Chair: Speak to the whole committee, please.

[Traduction]

La présidence: Je n'en reviens pas. Nous avons siégé pendant des mois et des mois, depuis juin 1989, nous avons entendu tous ces témoignages et nous sommes tenus de faire toute cette gymnastique bureaucratique tout simplement parce que nous nous sommes interrompus pendant un mois. tous les témoignages qui nous ont été présentés par différents organismes risquent tout à coup de disparaître.

Une voix: C'est le règlement.

M. Pagtakhan: Je pose cette question puisque ces témoignages constituent un document qui ne peut être considéré comme tel que s'il s'agit d'un document en bonne et due forme.

La présidence: S'il est renvoyé à un comité. . .

La greffière: Peu importe ce que vous faites, il reviendra toujours.

M. Pagtakhan: Permettez-moi d'exposer complètement mon argument.

M. Karpoff: Il ne s'agit pas uniquement du rapport. Il s'agit de l'ensemble des témoignages.

La présidence: Leur témoignage.

M. Karpoff: Tous les témoignages qui ont été entendus par le comité.

La présidence: Tous les témoignages qui ont été entendus et enregistrés aux frais du public. . .

M. Karpoff: Ce sont tous les témoignages qui. . .

M. Pagtakhan: Très bien, très bien. La réserve est justifiée. Par conséquent, toutes ces informations devraient être considérées comme des témoignages, n'est-ce pas? Or, si nous ne présentons pas une motion à la Chambre, il ne sera pas possible de les considérer comme des témoignages.

La greffière: Elles resteront des témoignages, mais elles appartiendront à la session précédente.

M. Pagtakhan: Je pose cette question, parce que je pensais qu'il était entendu et clair que nous pouvons obtenir les documents publiés comme témoignages par un Comité ou un Sous-comité, même si ces témoignages ont été présentés en personne, mais qu'ils sont conservés à la Bibliothèque du Parlement.

La présidence: Eh bien, on peut indiquer dans les rapports. . .

Une voix: Mais oui, exactement.

La présidence: Je pense que nous nous compliquons la vie.

M. Pagtakhan: Madame la présidente, j'aimerais ne pas être interrompu. J'essaie de faire gagner du temps au Sous-comité. S'il est vrai que l'on peut avoir accès à ces témoignages, je me demande, tout comme vous, tout à l'heure, madame la présidente, pourquoi nous devons présenter une motion à la Chambre et j'aimerais avoir une interprétation de la procédure à ce sujet. Si vous me dites que nous sommes obligés de passer par là, je me plierai au Règlement.

La présidence: Adressez-vous à l'ensemble du comité, s'il vous plaît.

[Text]

The Clerk: You may be able to save that step. It has been a usual thing, especially with a standing committee, a full committee, to have the evidence adduced back to the committee. I do not want to go too much on record on this, but you could in your report say well, we are referring to issues such and such of the previous session. You could do it that simply.

Mrs. Sparrow: But legally—

The Chair: Technically we make this facilitate what evidence—

The Clerk: Technically, if you would be working on that evidence, if it would be part of your evidence, you should have it referred to you again, because you have prorogued.

Mr. Karpoff: Can I call the question on a motion—

The Chair: We have passed the motion for the Subcommittee on Poverty. We need the motion regarding the evidence.

Mr. Karpoff: I had made a motion that we ask that the evidence adduced before the subcommittee be referred to the new subcommittee.

Motion agreed to

The Chair: Now the same motion, setting up the Subcommittee on the Status of Women. Do I have a mover?

Mr. Pagtakhan: So moved.

Motion agreed to

The Chair: Now we need the motion about the evidence.

Mr. Karpoff: As I recall, we are dealing with the subcommittees. I would like to move that the Subcommittee on Fitness and Amateur—

The Chair: Could we discuss the evidence for the subcommittee on women? Could we have the same motion on women that we did for poverty?

Mr. Karpoff: I so move.

Motion agreed to

The Chair: Let us deal with fitness and amateur sport. Dr. Wilbee, did you have a motion?

Mr. Wilbee: I am just curious as to whether we are going to carry on with all the previous subcommittees. Which others are involved? It was a very active committee. What other subcommittees were involved with the health committee last time?

The Chair: The scope of this committee is huge. Really, you could have one looking into—

Mr. Wilbee: My question was what subcommittees we had last year.

[Translation]

La greffière: Vous pourrez peut-être éviter cette étape. Généralement, les témoignages sont renvoyés au comité, surtout s'il s'agit d'un comité permanent, d'un comité plénier. Je ne veux pas trop en parler maintenant car je ne voudrais pas être citée par le procès-verbal, mais vous pourriez préciser dans votre rapport que vous vous réferez à telle ou telle question abordée au cours de la session précédente. Ce serait une manière simple de procéder.

Mme Sparrow: Mais, légalement. . .

La présidence: Techniquement, nous pouvons faciliter l'utilisation de ces témoignages. . .

La greffière: Techniquement, si vous vous penchez sur les témoignages que vous avez entendus antérieurement, si vous voulez les annexer aux témoignages que vous allez entendre, vous devez demander un renvoi des témoignages antérieurs, étant donné qu'il y a eu prorogation.

M. Karpoff: J'aimerais poser une question concernant la motion. . .

La présidence: Nous avons adopté la motion concernant le Sous-comité de la pauvreté. Il faut maintenant adopter une motion concernant les témoignages.

M. Karpoff: J'avais préparé une motion demandant que les témoignages entendus par le Sous-comité soient renvoyés au nouveau Sous-comité.

La motion est adoptée

La présidence: Passons maintenant à la même motion concernant le sous-comité sur la condition féminine. Quelqu'un veut-il proposer la motion?

M. Pagtakhan: Je propose la motion.

La motion est adoptée

La présidence: Maintenant, il nous faut une motion concernant les témoignages.

M. Karpoff: Si j'ai bien compris, il est question actuellement des sous-comités. J'aimerais proposer une motion concernant le Sous-comité sur la santé et le sport amateur. . .

La présidence: Pouvons-nous d'abord régler le cas des témoignages du Sous-comité sur la condition féminine? Quelqu'un veut-il proposer pour le Sous-comité sur la condition féminine une motion identique à celle qui s'appliquait au Sous-comité de la pauvreté?

M. Karpoff: Je propose la motion.

La motion est adoptée

La présidence: Passons maintenant au Sous-comité sur la santé et le sport amateur. Monsieur Wilbee, avez-vous une motion à proposer?

M. Wilbee: Je me demande si nous allons passer tous les autres Sous-comités en revue. Le comité était très actif. Quels étaient les autres Sous-comités qui relevaient de l'ancien Comité de la santé?

La présidence: Le champ d'action de ce comité est énorme. On pourrait vraiment faire une recherche. . .

M. Wilbee: Je voulais savoir quels étaient les sous-comités que nous avions l'an dernier.

[Texte]

The Chair: We had fitness and amateur sport, but it dealt with the specific—

Mr. Wilbee: I was on the committee. I know what it dealt with. The question was what other subcommittees we had.

The Chair: Those three. So I am going to suggest that if we want to deal with another topic, which could be fitness and amateur sport, it could be senior citizens, it could be a health issue such as... I believe there was a suggestion in the House about the process of approval for equipment and research and so on. So if there is a particular area that people are interested in that they want to do a study on, we could have a recommendation come forward that a subcommittee be formed on fitness and amateur sport to address such and such an issue, or whatever we want to do. It is entirely up to the committee.

• 1150

Mr. Karpoff: I would make a motion, pursuant to the Standing Orders, that a Subcommittee on Fitness and Amateur Sport, with three to five members, determined by the chair, with the powers of the committee except to report to the House, be set up, to look again at the whole issue of fitness and amateur sport in Canada.

Mr. Wilbee: I second the motion.

Mr. Pagtakhan: Madam Chair, it will be understood, as Jim was saying, that the determination of the chair would be after the usual consultations, of course.

Mr. Karpoff: Yes.

Mr. Pagtakhan: As written here.

Mr. Karpoff: I guess with the same wording of the motion as in those other ones, please. I was just shortening it.

The Chair: Yes, and report its conclusions and recommendations to the committee. I will undertake to poll all the members to see who is interested in being on that committee and call the first meeting, at which you can select your chairperson. Perhaps Dr. Wilbee would like to chair it.

Motion agreed to

The Chair: We have a motion to appoint research officers from the Library of Parliament as needed to assist the committee in its work and at the discretion of the chair. Do we name people specifically, or is it—

The Clerk: You do not have to name them.

The Chair: —at the library's discretion?

Mrs. Sparrow: I move that the committee retain the services of one or more research officers from the Library of Parliament.

If you name them, you will have a better chance if you prefer certain individuals.

[Traduction]

La présidence: Nous avons le Sous-comité de la santé et du sport amateur, mais il s'intéressait tout particulièrement... .

M. Wilbee: Je suis au courant, puisque je faisais partie du Comité. Je voulais savoir quels étaient les autres sous-comités qui relevaient du Comité de la santé.

La présidence: Il y avait ces trois sous-comités. Aussi, je propose que si nous voulons nous intéresser à d'autres sujets, que ce soit la santé et le sport amateur, le troisième âge ou d'autres problèmes de santé tels que... Je crois qu'on a proposé, en Chambre, d'étudier le processus d'approbation relatif au matériel et à la recherche, etc. Par conséquent, si certains membres du comité s'intéressent à des questions particulières et voudraient les étudier, nous pouvons recommander la constitution d'un Sous-comité sur la santé et le sport amateur qui serait chargé d'étudier telle ou telle question. C'est au comité de décider.

M. Karpoff: Je propose que, conformément au Règlement, un Sous-comité sur la santé et le sport amateur composé de trois à cinq membres et dont il incombe à la présidente d'établir la composition, soit établi avec tous les pouvoirs du comité, excepté celui de faire rapport directement à la Chambre, le dit sous-comité étant chargé d'étudier toute la question de la santé et du sport amateur au Canada.

M. Wilbee: J'appuie la motion.

M. Pagtakhan: Il est entendu, madame la présidente, comme l'a dit Jim, que la présidence prendra sa décision après les consultations d'usage, bien entendu.

M. Karpoff: Oui.

M. Pagtakhan: Comme l'indique l'ordre du jour.

M. Karpoff: Je propose le même libellé que pour les autres motions. J'ai raccourci un peu le texte.

La présidence: Le sous-comité devra faire rapport de ses conclusions et recommandations au comité. Je vais demander quels sont les membres qui aimeraient siéger à ce comité et convoquer la première réunion au cours de laquelle vous choisirez votre président. M. Wilbee aimerait peut-être assurer la présidence.

La motion est adoptée

La présidence: Nous avons une motion relative à la nomination des attachés de recherche de la Bibliothèque du Parlement dont le comité juge nécessaire de retenir les services, à la discrétion de la présidente. Est-ce que nous devons nommer les gens personnellement ou est-ce... .

La greffière: Vous n'avez pas à les nommer.

La présidence: ...que cela sera laissé à la discrétion de la Bibliothèque?

Mme Sparrow: Je propose que le comité retienne les services d'un ou plusieurs attachés de recherche de la Bibliothèque du Parlement.

Si vous les nommez, vous aurez plus de chance d'obtenir les personnes que vous préférez.

[Text]

The Chair: I think we have been quite happy with Joan and Audette, have we not?

Mr. Wilbee: They did an excellent job.

The Chair: And June, yes. Do you do it for the subcommittees too? Then June and Patricia and Joan and Audette.

Mr. Pagtakhan: Are the names now a part of the motion, or do we need a separate motion?

The Clerk: It is entirely up to you, at your discretion.

The Chair: I guess we should indicate there the services of...and insert the names.

The Clerk: Okay.

The Chair: It is moved by Mrs. Sparrow, seconded by—

The Clerk: We do not need a seconder.

Motion agreed to

The Chair: Witness expenses. We would also like to add to this a motion regarding the authorization of child care expenses for witnesses. We have had a few instances of this before the Status of Women subcommittee and the Subcommittee on Poverty and they were very minor expenditures.

Mr. Pagtakhan: Is it understood that they are included?

The Chair: Do we require a separate motion, or is it—

The Clerk: Separate.

The Chair: It is better as a separate motion.

Mrs. Sparrow: I would like some clarification on that, Madam Chairman. I am not too sure how that actually fits in under the terms established by the Board of Internal Economy. I would have to check that out.

The Chair: We have had them paid in the past. What did you have to do for child care?

The Clerk: Just send a copy to the comptroller's office. For child care?

The Chair: Yes.

The Clerk: It was not a problem. We needed a motion.

The Chair: Yes. It was not a problem.

The Clerk: Are you talking of this motion or the other one on child care?

The Chair: Child care. Has there been any difficulty?

The Clerk: There is nothing in their guidelines for child care, so that is the reason why I brought that motion here.

The Chair: And then—

[Translation]

La présidence: Je pense que nous sommes satisfaits des services de Joan et d'Audette.

M. Wilbee: Elles ont fait un excellent travail.

La présidence: June aussi. Est-ce qu'il faut également citer les attachés de recherche des sous-comités? Dans ce cas, June et Patricia, Joan et Audette.

M. Pagtakhan: Est-ce que ces noms sont ajoutés à la motion ou devons-nous en présenter une autre?

La greffière: C'est à vous de décider.

La présidence: Je crois qu'il vaudrait mieux rajouter les noms à la motion que nous avons adoptée.

La greffière: Très bien.

La présidence: Motion proposée par M^{me} Sparrow et appuyée par...

La greffière: Ce n'est pas nécessaire.

La motion est adoptée

La présidence: Les dépenses des témoins. Nous aimerions également rajouter une motion autorisant le remboursement des frais de garde d'enfants pour les témoins. Le cas s'est présenté à quelques reprises pour le sous-comité soit la condition féminine et le sous-comité de la pauvreté. Ce sont des dépenses très minimes.

M. Pagtakhan: Est-il clair que ces dépenses sont comprises?

La présidence: Est-il nécessaire d'adopter une motion spéciale?

La greffière: Oui.

La présidence: Il est préférable d'adopter une motion spéciale.

Mme Sparrow: J'aimerais avoir quelques précisions à ce sujet, madame la présidente. Je ne sais pas dans quelle mesure cela se conforme au règlement fixé par le Bureau de régie interne. Il faudra que je vérifie.

La présidence: Jusqu'à présent, ces dépenses ont été remboursées. Comment avez-vous procédé pour le remboursement des frais de garde d'enfants?

La greffière: Nous avons simplement transmis une demande de paiement au Bureau du contrôleur. Pour les frais de garde d'enfants?

La présidence: Oui.

La greffière: Il n'y a eu aucun problème, mais nous avons eu besoin d'une motion.

La présidence: En effet, il n'y a eu aucun problème.

La greffière: Est-il question de cette motion ou de celle qui concerne la garde d'enfants?

La présidence: Celle qui concerne la garde d'enfants. Avez-vous eu des difficultés?

La greffière: Rien n'est prévu dans leurs lignes directrices sur les frais de garde d'enfants, c'est pourquoi j'ai demandé l'adoption de cette motion.

La présidence: Et alors...

[Texte]

The Clerk: Because the first time we submitted that it was refused. So the committee passed a motion and there was no problem after that.

The Chair: Okay.

The Clerk: Because they are not used to that.

The Chair: But given that those two subcommittees have had welfare moms before us and women who have children, we have had a few instances in which people have wanted to be reimbursed for child care expenses, and they were not large amounts of money.

Mr. Pagtakhan: Madam Chair, along that line, perhaps a very short phrase, "and other reasonable incidental expenses", might meet the situation.

• 1155

The Chair: We have a motion here that the clerk has prepared. Perhaps if we dealt first with the witness expense you could move the motion that is. . .

Mr. Pagtakhan: I want to amend this motion to save us too many motions.

An hon. member: Just add it to this one.

The Chair: He wants to say "reasonable expenses".

Mr. Pagtakhan: Incidental expenses. It will give the committee a little more discretion. If the committee feels day care is reasonable and will be okay, and we do too, future incidental expenses may be thought—

The Chair: Given that was announced as "living expenses" and that when we submit it. . . The first time day care or child care expenses were submitted they were refused until there was a specific motion from the committee. I would prefer to have a specific motion.

Mr. Pagtakhan: Madam Chairman, "living expenses" refers to the witnesses themselves, who have to live in Ottawa for the moment. "Incidental expenses" relates to the trip being made by the witnesses and could relate to day care. I am suggesting this in the interest of reducing the number of motions. If we specify day care expenses only, we will have limited the committee only to that. Beyond that, we will need a future motion.

Mrs. Sparrow: Mr. Pagtakhan, you have to be specific for the Board of Internal Economy.

An hon. member: This is an unusual expense.

The Chair: Yes, it is not usual.

The Clerk: This is the regular motion for all the witnesses. It covers the air fare and hotel, and there is an amount for incidental expenses. The other motion is just for child care. The witnesses can claim all the expenses, plus child care, with the second motion.

[Traduction]

La greffière: La première fois, la demande de remboursement avait été refusée, mais il n'y a pas eu de problème par la suite lorsque le comité a adopté une motion à ce sujet.

La présidence: Très bien.

La greffière: C'est parce que le Bureau de régie interne n'est pas habitué.

La présidence: Parmi les témoins entendus par les deux sous-comités, il y avait des mères bénéficiaires de l'aide sociale et des femmes accompagnées d'enfants. A plusieurs reprises, les témoins ont demandé à se faire rembourser les frais de garde d'enfants. Ce n'était pas des montants énormes.

M. Pagtakhan: Madame la présidente, on pourrait peut-être régler ce problème en utilisant une expression très courte telle que «et autres frais connexes jugés raisonnables».

La présidence: Nous avons une motion préparée par la greffière. Si nous réglons d'abord la question des dépenses des témoins, nous pourrions ensuite adopter cette autre motion. . .

M. Pagtakhan: Je voudrais modifier cette motion afin que nous n'en ayons pas trop.

Une voix: Il suffit de modifier la motion proposée.

La présidence: Il veut parler de «frais raisonnables».

M. Pagtakhan: Ce sont des faux frais. Cela donnera un peu plus de latitude au comité. Si le comité juge que les frais de garde d'enfants sont raisonnables, qu'ils devraient être remboursés et que nous sommes d'accord, d'autres faux frais, pourraient, à l'avenir. . .

La présidence: Dans la motion, il est question de «frais de subsistance» et la première demande de remboursement de frais de garde d'enfants a été rejetée. Le comité a dû adopter une motion spéciale. Je préférerais qu'on procède encore de la même façon.

M. Pagtakhan: Madame la présidente, les «frais de subsistance» se rapportent aux frais des témoins qui doivent subvenir à leurs besoins pendant qu'ils sont à Ottawa. Les «faux frais» se rapportent aux voyages entrepris par les témoins et peuvent s'appliquer aux frais de garde d'enfants. Je propose cette modification afin de diminuer le nombre de motions. Si nous nous contentons d'indiquer les frais de garde d'enfants, nous imposons une limite et le comité sera peut-être obligé d'adopter, plus tard, une autre motion.

Mme Sparrow: Monsieur Pagtakhan, il faut être précis pour le Bureau de régie interne.

Une voix: C'est une dépense peu courante.

La présidence: En effet, ce n'est pas une dépense courante.

La greffière: La motion qui figure à l'ordre du jour est une motion ordinaire qui s'applique à tous les témoins. Elle couvre les voyages aériens et l'hôtel et prévoit également quelques faux frais. L'autre motion concerne exclusivement les frais de garde d'enfants. Grâce à la deuxième motion, les témoins peuvent demander le remboursement de toutes leurs dépenses, plus les frais de garde d'enfants.

[Text]

The Chair: It does give you the opportunity to limit the maximum number of representatives from any one organization. I do not think the committee has ever had more than three.

The Clerk: It was in the previous committee's motion that there be a maximum of three.

The Chair: Often it is just one or two, but occasionally there are three.

Mrs. Sparrow: I move that, as established by the Board of Internal Economy, and if requested, reasonable travelling, accommodation, and living expenses be reimbursed to witnesses who will have appeared before the committee, and up to a maximum of three representatives for any one organization.

Mr. Pagtakhan: Just a second. "Up to a maximum"—who will determine the maximum?

The Clerk: They have to appear. You can count them—one, two, or three.

Mr. Pagtakhan: No, I realize that. I realize the maximum is three. It is very clear.

The Clerk: It is for the organization to decide who to send.

Mr. Pagtakhan: That raises a question. If the organization has an executive of only three, you will allow that organization's entire executive to attend. An organization could have an executive of 10.

The Chair: We had five from the YMCA and paid for only three of them.

Mr. Pagtakhan: I am only asking a question. As long as we say "up to a maximum of three" and it is determined by the organization, then we have no control. Is that what we are saying? Up to three?

Mr. Wilbee: We ran into this situation on the aboriginal affairs committee, where they might bring ten people. Obviously you cannot pay to fly 10 people from British Columbia to Ottawa. We did not have a number in there, so technically we were responsible, but you have to draw the line. The number is there to tell the organization they can send up to three. We will look after three people. If you want to send ten, seven are on your expense.

The Chair: Smaller organizations, sometimes large ones too, often send only one person. They often have a national organization located in Ottawa. I do not think there has been any abuse of it.

Motion agreed to

Mr. Pagtakhan: I move that the committee authorize payment of child care expenses for witnesses appearing before the committee or one of its subcommittees, and that such expenses be paid from the witnesses expenses item in the committee's budget for the fiscal year ending March 31, 1992.

[Translation]

La présidence: Cela nous donne la possibilité de limiter le nombre maximal de représentants en provenance d'un organisme. Je ne pense pas que le comité ait accueilli plus de trois représentants d'un même organisme.

La greffière: La motion adoptée par le comité précédant prévoyait un maximum de trois personnes.

La présidence: Souvent, un organisme est représenté par une ou deux personnes, parfois trois.

Mme Sparrow: Je propose que, conformément à la politique du Bureau de régie interne et sur demande, les témoins qui auront comparu devant le comité soient remboursés de leurs frais de déplacement, hébergement et repas, jugés raisonnables, à raison d'au plus trois représentants par organisme.

M. Pagtakhan: Un instant. Que signifie l'expression «à raison d'au plus. . .». Qui fixe le maximum?

La greffière: Il suffit de les compter quand ils se présentent.

M. Pagtakhan: Bon, je comprends. Le maximum est de trois. C'est très clair.

La greffière: C'est à l'organisme de décider qui va le représenter.

M. Pagtakhan: Il y a un problème. Si un organisme n'a que trois personnes à son conseil exécutif, ces trois personnes peuvent se présenter devant le comité. Que faites-vous d'un organisme dont le conseil exécutif comprend 10 personnes?

La présidence: Nous avons entendu les témoignages de cinq membres du YMCA, mais nous n'avons remboursé que les frais de trois d'entre eux.

M. Pagtakhan: Je ne fais que poser une question. Nous n'avons aucun contrôle tant que c'est l'organisme qui décide du nombre de témoins et que la motion précise «à raison d'au plus. . .». Est-ce bien ce que nous disons? À raison d'au plus trois personnes.?

M. Wilbee: Nous avons rencontré ce problème au Comité des affaires autochtones. Les témoins auraient pu se présenter à 10 personnes. Evidemment, on ne peut pas payer le déplacement en avion de 10 personnes de Colombie-Britannique jusqu'à Ottawa. Techniquement, nous étions responsable, puisque nous n'avions prévu aucun maximum. Il faut bien, un moment donné, imposer une limite. La motion précise que les organismes peuvent se faire représenter au plus par trois témoins. Le comité peut prendre en charge les frais de trois témoins. S'il y en a 10, sept d'entre eux n'auront pas droit au remboursement de leurs dépenses.

La présidence: Les petits organismes et parfois même les grands ne se font souvent représenter que par une seule personne. Ils ont souvent un bureau national à Ottawa. Je ne crois pas que cela ait donné lieu à des abus.

La motion est adoptée

M. Pagtakhan: Je propose que le comité autorise le paiement des frais de garde d'enfants engagés par les témoins comparissant devant le comité ou un de ses sous-comités et que ces frais soient imputés au poste des dépenses des témoins du budget du comité pour l'exercice prenant fin le 31 mars 1992.

[Texte]

Motion agreed to

The Chair: Are there any further motions? Is there any further business?

• 1200

Mr. Karpoff: I have a couple of items. I would like to make two separate motions that the committee undertake a study of two areas. The first one is related to the incidence and the spread of hepatitis B in Canada, the need for a universal vaccination program—that is not quite the right word—and the issue of the supply and cost of hepatitis B vaccine in Canada.

The Chair: I am sure that other members may have ideas for future studies as well. I am wondering if it might not be better for us all to think about potential areas of future studies and how we would like it addressed as well, because they think this one might be a good thing for a subcommittee, and perhaps put that as an item of business on the agenda of the next meeting.

Mr. Karpoff: With due respect, my motions—and I would like them to go forward—are not saying that I am asking the committee to do it immediately or that other people cannot make motions. Eventually they have to be referred to the—

The Chair: Are you putting a motion?

Mr. Karpoff: Yes, I am putting the motion that the committee look at that issue. And I have a second motion that I would like the committee to... I guess I should deal with each motion separately.

The Chair: I will recognize the first speakers to it. Dr. Wilbee and then—

Mr. Wilbee: Are you going to set up a steering committee to sort of sift all of these discussion things out? Commonly, a committee would have a steering committee made up of opposition and government people to sort of come up with a proposed agenda. We can waste all day sitting around talking about what we might talk about. It is much better to have—

The Chair: Well, at the discussion of chairs of committees yesterday they suggested that rather than having a formal steering committee it might be better just to discuss it among several members, you know, representing the opposition—

Mr. Wilbee: What is the difference between that and a steering committee?

The Chair: Money. Setting up a committee, having translation and the whole thing, as opposed to conferring with members and then placing it as an item on the agenda of a regular meeting of the committee.

[Traduction]

La motion est adoptée

La présidence: Avons-nous d'autres motions? Ou questions à examiner?

M. Karpoff: J'aimerais proposer deux motions distinctes demandant que le comité entreprenne l'étude de deux problèmes particuliers. La première motion concerne l'étude des cas d'hépatite B et leur propagation au Canada, l'utilité d'un programme universel de vaccination—bien que le terme ne soit pas exact—et la question de l'approvisionnement et du coût des vaccins d'hépatite B au Canada.

La présidence: Je suis certaine que les autres membres du comité ont également des suggestions à faire à ce sujet. Je pense qu'il serait préférable que nous réfléchissions tous aux questions que le comité devrait examiner, ainsi qu'à la façon dont il devrait s'y prendre, étant donné qu'il serait peut-être bon de confier certaines d'entre elles à un Sous-comité. On pourrait peut-être par la suite placer ces questions à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

M. Karpoff: Sauf votre respect, je ne demande pas au comité de se pencher immédiatement sur les questions que j'ai évoquées et je n'interdis à personne de présenter des motions. J'aimerais tout simplement que mes motions soient adoptées. Elles doivent d'ailleurs être renvoyées. . .

La présidence: Est-ce que vous proposez une motion?

M. Karpoff: Oui, je propose que le comité se penche sur cette question et j'ai également une deuxième motion à soumettre au comité. . . Je crois que je dois présenter chaque motion séparément.

La présidence: Voici les premières réactions. D'abord M. Wilbee et ensuite. . .

M. Wilbee: Allez-vous mettre sur pied un comité de direction afin de sélectionner les sujets étudiés? Généralement, les comités mettent sur pied un comité de direction composé des représentants de l'opposition et du gouvernement pour établir le calendrier des travaux. Plutôt que de perdre toute une journée à tenter de définir ce dont nous allons parler, il est bien préférable de. . .

La présidence: Au cours de la réunion des présidents de comité qui a lieu hier, on nous a suggéré qu'au lieu de créer un comité de direction officiel, il serait préférable de discuter des sujets à étudier avec plusieurs membres représentant l'opposition. . .

M. Wilbee: Je ne vois pas quelle est la différence avec un comité de direction.

La présidence: La différence se situe au niveau des coûts. Au lieu d'organiser un comité et de prévoir l'interprétation et tout le reste, on peut très bien s'entendre sur les sujets à étudier avec les membres du comité et les placer à l'ordre du jour d'une réunion ordinaire du comité.

[Text]

Mrs. Sparrow: May I suggest, Madam Chairman, that—with your thoughts in mind, and hepatitis B would be a good one—perhaps over a period of time, whether it is the next two weeks or six weeks or three months, you name it, we would submit suggestions or motions to you and then perhaps there would be a specific meeting where we could review each and every one of them.

The Chair: I think we should, because I know, for example, that perhaps that is your next motion, the one regarding Joy Langan's...

Mr. Karpoff: Actually, there are the three issues that I think we should... What I think the process should be here is that if people have things, particularly if there is not going to be a steering committee, we would make a formal motion that these are issues that we want to study. Then I think that when we set up a motion that says—even if we do not use the term “steering committee”, it is in fact the same thing—that three members of the committee get together and come back with recommendations as to priority of issues that we want to undertake and a timeframe, which is what the steering committee would do, but if we want to call it something else... But I think it is important that other committee members know what is coming forward—

Mrs. Sparrow: Absolutely!

Mr. Karpoff: —so that if I am on the steering committee you can come to me and say, look, I do not think that is much of a priority, so do not set it. I have some other ideas. Rather than simply going to a steering committee member, I think it is important for us to say these are major issues that I am aware of. I am sure I have 20 of them. But I think right at the moment I have only about three that I think I want the committee to start to look at in the short term. I would like us to adopt a motion that these are matters and then we will set up a separate motion of how we are going to prioritize them. If they do not want a steering committee, then I think we will do it informally. But it will be the same intent as a steering committee.

Ms Phinney: Yesterday it was decided the steering committee meeting would just be the committee.

The Chair: Yes.

Ms Phinney: It is good to have everybody have a bit of time to get their ideas in and think about the other people's idea. To make it a firm commitment today, I think, is maybe a bit restrictive, but to have them submitted and then maybe... well, let everybody know that there is a two-week period in which you can get your ideas in. To make a firm commitment right now might make somebody feel left out if you make them the bottom of the list later on.

• 1205

The Chair: Okay. So perhaps we can—

Mr. Wilbee: About the steering committee, I was involved in the formation of two committees yesterday, sitting in for other members. They both had appointed steering committees.

[Translation]

Mme Sparrow: Tout en tenant compte de vos propositions et le choix de l'hépatite B est excellent, puis-je me permettre de proposer, madame la présidente, que le comité examine pendant quelque temps, par exemple pendant les deux ou six prochaines semaines ou pendant les trois mois à venir, comme bon nous semblera, les propositions ou les motions qui vous seront présentées. Par la suite, il serait peut-être possible d'organiser une réunion spéciale où nous pourrions examiner chacune des propositions.

La présidence: Je pense que nous devrions procéder de cette manière car votre prochaine motion se rapporte peut-être à Joy Langan...

M. Karpoff: De fait, il y a trois questions que nous devrions, à mon avis... Je crois qu'il faudrait que chacun présente un motion officielle sur les questions que nous voulons étudier, d'autant plus qu'il n'y a pas de comité de direction. Ensuite, même s'il n'y a pas de «comité de direction» il faudrait que trois membres du comité présentent des recommandations quant à la priorité et au calendrier des questions que le comité souhaite examiner. C'est exactement ce que ferait un comité de direction, mais on peut appeler cela comme on veut... Cependant, je crois qu'il est important que les autres membres du comité sachent quelles seront les questions abordées...

Mme Sparrow: Absolument!

M. Karpoff: ...si bien que les membres du comité pourront discuter avec le comité de direction la priorité à accorder à telle ou telle question. J'ai d'autres idées. Au lieu de s'adresser à un membre du comité de direction, je pense qu'il est important pour tous de désigner quelles sont les questions qui nous paraissent importantes. Je crois bien en avoir un vingtaine. Cependant, pour le moment, je n'en ai que trois à soumettre au comité pour un examen à court terme. J'aimerais que le comité adopte une motion afin de prendre en compte ces questions, puis une autre motion concernant l'ordre de priorité des questions à étudier. Je pense qu'on pourra faire tout cela de manière informelle, puisqu'on ne veut pas de comité de direction, mais cela revient au même.

Mme Phinney: Il a été décidé hier que le comité ferait office de comité de direction.

La présidence: En effet.

Mme Phinney: Je pense qu'il est bon de donner à chacun l'occasion de s'exprimer et de réfléchir aux suggestions présentées par les autres. Il est peut-être un peu tôt pour prendre des engagements fermes dès aujourd'hui, mais on peut peut-être écouter ce que les membres de comité ont à proposer et laisser chacun y réfléchir pendant deux semaines. Une personne vis-à-vis de laquelle on prendrait aujourd'hui un engagement ferme pourrait se sentir lésée si sa question se retrouvait plus tard en bas de liste.

La présidence: Très bien. Nous pouvons peut-être...

M. Wilbee: Pour revenir au comité de direction, j'ai représenté hier deux personnes à la réunion de formation de deux comités. Ces deux comités ont mis sur pied des comités de direction.

[Texte]

The Chair: I am easy. I personally would prefer not to because I would rather just call people, get the list of possible suggestions, and then put it on the beginning of an agenda and ask for the whole committee—

Mr. Wilbee: I think you are only gearing yourself up for a lot of criticism, because—

The Chair: In the past the steering committee's material has all been discussed twice.

Mr. Wilbee: —if you do not contact opposition members they are going to be upset. If you just have certain—

The Chair: I will tell you what I would do, Dr. Wilbee. I would ask everybody to submit their suggestions, circulate their suggestions to the members of the committee in advance of the committee meeting, put it as an item on the agenda and have the total committee discuss it. It seems to me that even if you have a steering committee, everybody is going to want to discuss it again anyway.

Mrs. Sparrow: I think we are dealing with a new committee regime, and I have to support you, Beth, on what you said. But I am going to back up a bit. Are you going to set aside two meetings per week so we know that Health and Welfare meets every Tuesday from 11 a.m. to 1 p.m. or from 3.30 p.m. to 5.30 p.m., and it is always in room 306 or you name it? If we could get our weekly agendas set up to set those aside, then what you are talking about would fit in beautifully, because we are all the steering committee. Is that what you are going to do?

The Chair: That would be my preference, to get regular meeting dates and to have people consulted in advance and informed about what the options are so that they have time to think about them, and to caucus if they so wish, and then put it as an item on the agenda.

Mrs. Sparrow: Could I suggest that—

The Chair: I also do not think we should have a major study in which we hear all the witnesses. It seems to me that using subcommittees for studies requiring witnesses is a better process except for things like the estimates with the minister or something of that nature. I would not make that a hard and fast rule; I make it just as a suggestion. I think it would operate better.

Mr. Karpoff: I disagree on that about subcommittees. I think there are a number of health issues that do not take a major study. They take a committee hearing information for one day, possibly two. We can come up with some very concrete recommendations. The ones I am talking about basically are in that category. If we want to undertake a major study, then I think we have to look at another. . .

On hepatitis B, I can see that you would want to hear from a half dozen witnesses, and then you could make a recommendation. The other is the whole issue of breast feeding and infant formula and the marketing of formula as it

[Traduction]

La présidence: Cela m'est égal. Personnellement, je préférerais ne pas avoir de comité de direction et me contenter de demander aux membres du comité de faire des suggestions, d'établir une liste, de la mettre à l'ordre du jour et d'en discuter avec tous les membres du comité. . .

M. Wilbee: Je pense que vous vous exposez à de nombreuses critiques. . .

La présidence: Par le passé, les décisions du comité de direction ont toutes été discutées deux fois.

M. Wilbee: . . . étant donné que les membres de l'opposition seront furieux si vous ne leur demandez pas leur avis. Si vous consultez seulement certains. . .

La présidence: Je vais vous dire ce que je ferai, monsieur Wilbee. J'aimerais demander à tous les membres du comité de présenter des suggestions et de les soumettre aux autres membres du comité avant la réunion. Je placerais ces questions à l'ordre du jour afin que le comité puisse en discuter en séance plénière. Il me semble que tout le monde veut avoir son mot à dire, même quand toute l'organisation est confiée à un comité de direction.

Mme Sparrow: Je pense qu'il s'agit là d'un nouveau régime pour les comités et je suis d'accord avec vous, Beth, mais j'ai quand même quelques réserves. Est-ce que vous allez fixer deux réunions par semaine, puisque nous savons que le comité de la Santé et du Bien-être social se réunit tous les mardis de 11 heures à 13 heures ou de 15h30 à 17h30 et toujours dans la salle 306? Il sera facile de procéder de la même manière que vous avez évoquée dès que nous aurons notre calendrier hebdomadaire, puisque nous assumons nous-mêmes les fonctions du comité de direction. Est-ce que c'est ce que vous avez l'intention de faire?

La présidence: J'aimerais fixer des réunions régulières et consulter et informer les gens à l'avance relativement aux options possibles, afin qu'ils aient le temps d'en discuter, s'ils le désirent, puis d'inscrire ces options à l'ordre du jour.

Mme Sparrow: Puis-je proposer que. . .

La présidence: Je ne pense pas non plus qu'on doive entreprendre une importante étude exigeant l'audition de tous les témoins. Il me semble qu'il est préférable de faire appel au sous-comité pour effectuer les études qui nécessitent l'audition de témoins, sauf pour l'examen de certaines questions comme le budget de dépenses ou autre sujet de cette nature, avec le ministre. Mais je n'en ferai pas une règle absolue. C'est une simple suggestion, une formule plus pratique.

M. Karpoff: Je ne suis pas d'accord avec vous au sujet des sous-comités. Il y a beaucoup de questions se rapportant à la santé qui ne nécessitent pas des études poussées. Une ou deux séances nous suffisent pour produire des recommandations très concrètes. Les questions que j'ai proposées d'étudier appartiennent à cette catégorie. Si nous voulons entreprendre une étude de fond, je pense que nous devons nous y prendre. . .

Pour ce qui est de l'hépatite B, je peux concevoir que vous souhaitiez entendre une demi-douzaine de témoins avant de présenter une recommandation. L'autre question se rapporte à l'allaitement maternel et au lait maternisé, ainsi

[Text]

relates to the World Health Organization guidelines. The formula companies in Canada are flouting the World Health Organization guidelines, and it is creating a major health problem in Canada. I think that is another area we could deal with in a very short period of time. People within the department have very specific information.

The other I am not so sure about. That is why I was not going to bring it forward today—this question of implants and medical devices and the licensing and regulation. I want to think more about whether that is something this committee could deal with, or whether that would have to be, as Barbara suggested, a subcommittee because it is much more extensive.

The items I raised today were ones I thought the committee could deal with in one or two sessions, as opposed to what has happened in the last two years. The committee has been bogged down with this massive effort to develop a report on all of the health care and funding, and it really has not been able to deal with current, timely health issues.

By asking the committee to accept that these are issues, I am not saying this morning that we are going to hear them next week or anything, but these are issues this committee wants to start looking at. I have made the motion that we do it on hepatitis B. I would ask that we vote on it and if the committee does not wish to deal with it this morning, then that they turn down my motion and I will bring it up at the next—

• 1210

The Chair: I think a motion to refer it to a future meeting would be appropriate.

Mrs. Sparrow: Table it.

The Chair: Or table it, sure.

Mr. Karpoff: Are you moving that it be tabled?

Mrs. Sparrow: Sure.

The Chair: How about a motion to table it and then a second motion that at a future meeting we will discuss possible topics for further agendas?

Mr. Karpoff: If there is a motion to table, I would ask that a vote be called on the motion to table.

The Clerk: It is just a tabling—

Mr. Karpoff: No, it has to be passed.

The Chair: No, I think the committee has to make a motion to table. We cannot just decide.

All in favour of tabling the suggestion by Mr. Karpoff?

Motion agreed to

Mr. Karpoff: I would also then make a motion that this committee look at the issue of breast-feeding and the marketing of infant formula as it relates to the World Health Organisation guidelines.

[Translation]

qu'aux lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé concernant la commercialisation du lait maternisé. Les fabricants canadiens de lait maternisé ne respectent pas les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé et contribuent ainsi à créer un grave problème pour la santé au Canada. Voilà une autre question à laquelle nous pourrions être confrontés très prochainement. Les fonctionnaires du ministère ont des instructions très précises.

Quant au troisième sujet que j'aimerais aborder, je n'en suis pas encore certain. C'est la raison pour laquelle je n'avais pas l'intention d'en parler aujourd'hui. Il s'agit de la réglementation concernant les implants et les instruments médicaux. Je veux y réfléchir un peu plus afin de décider si le comité peut étudier cette question ou si elle doit, comme Barbara l'a suggéré, être soumise à un sous-comité afin de faire l'objet d'une étude plus approfondie.

Les points que j'ai soulevés aujourd'hui sont des questions que le comité devrait pouvoir, à mon avis, régler en une ou deux séances, contrairement à ce qui se passe depuis deux ans. Le comité a dû négliger les questions de santé courantes afin de consacrer toute son énergie à l'élaboration d'un rapport concernant les soins de santé et leur financement.

En demandant au comité d'accepter de prendre ces questions en considération, je ne demande pas, ce matin, qu'elles soient traitées dès la semaine prochaine ou le plus rapidement possible, mais tout simplement que ces questions soient incorporées au programme des travaux du comité. J'ai proposé une motion pour l'hépatite B. J'aimerais que l'on vote sur cette motion et si le comité ne souhaite pas s'en occuper ce matin, on peut rejeter ma motion et je la représenterai à la prochaine. . .

La présidence: Je crois qu'une motion renvoyant la question à une réunion ultérieure serait appropriée.

Mme Sparrow: Déposez-la.

La présidence: Bien sûr, déposez-la.

M. Karpoff: Proposez-vous qu'elle soit déposée?

Mme Sparrow: Certainement.

La présidence: Que diriez-vous d'une motion de dépôt et d'une seconde motion voulant que nous discussions à une réunion ultérieure des sujets pouvant être mis à notre futur ordre du jour?

M. Karpoff: S'il y a une motion de dépôt, je demanderais que l'on procède au vote sur cette motion de dépôt.

La greffière: C'est simplement une motion de dépôt.

M. Karpoff: Non, il faut qu'elle soit adoptée.

La présidence: Non, je crois que le comité doit se prononcer sur la motion de dépôt. Nous ne pouvons pas simplement en décider.

Tout ceux qui sont favorables au dépôt de la suggestion de M. Karpoff?

La motion est adoptée

M. Karpoff: Je proposerai également une motion voulant que le comité étudie la question de l'allaitement maternel et de la commercialisation du lait maternisé par rapport aux directives de l'Organisation mondiale de la santé.

[Texte]

Mr. Pagtakhan: I second that motion.

Mr. Wilbee: I would move that they be tabled at the same meeting on the agenda.

The Chair: Yes, okay. All in favour of tabling that one to the same meeting? A motion that we have a meeting at which to consider our future agenda? Mr. Joncas?

Mr. Karpoff: I think we are going to get into difficulty if we do not. . . I think a motion to—

Mr. Pagtakhan: Madam Chairman, has there been a tabling motion just received now?

The Chair: Yes, we carried a tabling motion.

Mr. Pagtakhan: A tabling motion is non-debatable.

The Chair: He is not debating it. We have done that. We have also just had a motion that we consider all your suggestions and any others that the committee may have at a future meeting when we can look at what our priorities are and decide which ones we want to tackle first and also how.

Mr. Pagtakhan: Madam Chairman, I am not clear. There is a motion.

The Chair: So are you speaking to this motion? He is speaking to this motion.

Mr. Pagtakhan: Has Dr. Wilbee indicated that he would like the second motion tabled?

Mr. Karpoff: Yes, and it has been passed.

The Chair: It has been passed. We are on Mr. Joncas' motion now that at a future meeting we consider all the items that Mr. Karpoff and you and everybody else would like to study.

Mr. Pagtakhan: What I am after is procedural. Are we now speaking to the motion that has been tabled?

The Chair: No.

Mr. Pagtakhan: Okay, thank you.

The Chair: The motion to table has been carried. We are now dealing with another motion.

Mr. Pagtakhan: Thank you, Madam Chairman. It has been heard.

The Chair: Speaking to this motion, we have first of all Mr. Karpoff.

Mr. Pagtakhan: What is the motion now?

The Chair: The motion is that at a future meeting of this committee we all discuss the future agenda of the committee and we will have all the suggestions of the members before us at that time and circulate it in advance of the meeting. I will ask you all to submit your suggestions to me.

Mr. Karpoff: Speaking to that motion, I think we are going to run into difficulties if we try to leave things in a very loose manner in relation to this committee, because I envision this committee going on now until the House dissolves in a couple of years and a number of issues are going to come up.

[Traduction]

M. Pagtakhan: J'appuie cette motion.

M. Wilbee: Je propose qu'on les dépose à la réunion relative à l'ordre du jour.

La présidence: Très bien. Tout ceux qui sont pour le dépôt de cette motion à la même réunion? Une motion selon laquelle nous devons tenir une réunion pour étudier notre ordre du jour futur? M. Joncas?

M. Karpoff: Je crois que nous allons avoir des problèmes si nous ne. . . je crois qu'une motion. . .

M. Pagtakhan: Madame la présidente, est-ce qu'on vient de présenter une motion de dépôt?

La présidence: Oui, nous avons adopté une motion de dépôt.

M. Pagtakhan: On ne peut pas discuter d'une motion de dépôt.

La présidence: Ce n'est pas de la motion qu'il discute. Cela a été fait. Nous venons également de présenter une motion voulant que l'on étudie toutes vos suggestions et toutes celles que le comité pourrait faire à l'avenir au cours d'une réunion ultérieure, réunion où nous pourrions voir qu'elles sont nos priorités, décider des questions que nous souhaitons aborder d'abord et de quelle manière nous voulons procéder.

M. Pagtakhan: Madame la présidente, je n'ai pas bien compris. Il y a une motion.

La présidence: Prenez-vous la parole au sujet de cette motion? C'est cela.

M. Pagtakhan: M. Wilbee a-t-il indiqué qu'il aimerait que la deuxième motion soit déposée?

M. Karpoff: Oui, et elle a été adoptée.

La présidence: Elle a été adoptée. Nous discutons maintenant de la motion de M. Joncas voulant qu'à une réunion ultérieure nous étudions tous les sujets que vous-même, M. Karpoff et tout autre personne pourrait souhaiter examiner.

M. Pagtakhan: La question que j'essaye d'éclaircir concerne la procédure. Est-on en train de parler de la motion qui a été déposée?

La présidence: Non.

M. Pagtakhan: Très bien, merci.

La présidence: La motion de dépôt a été adoptée. Nous nous occupons maintenant d'une autre motion.

M. Pagtakhan: Merci, madame la présidente. J'ai bien compris.

La présidence: Parmi ceux qui veulent prendre la parole au sujet de cette motion, nous avons tout d'abord M. Karpoff.

M. Pagtakhan: Quelle est la motion maintenant?

La présidence: Il s'agit de la motion voulant qu'à une réunion ultérieure du comité, nous discutons tous du futur ordre du jour de comité car nous aurons sous les yeux toutes les suggestions des membres à ce moment là et elles vous auront été transmises avant la réunion. Je vous demanderai donc à tous de me soumettre vos suggestions.

M. Karpoff: Au sujet de cette motion, je crois que nous allons avoir des problèmes si nous essayons de laisser les choses un peu dans le vague pour ce comité car je prévois que ce comité continuera à siéger jusqu'à ce que la Chambre soit dissoute dans deux ans et de nombreux problèmes vont se présenter.

[Text]

I do not see anything wrong with having a formal steering committee. There is then a set procedure as to who must be informed, how items are going to be dealt with, and that opposition people are involved in it. Then they come back with a timetable, with proposals as to what is being heard. I think my preference would be to have a formal steering committee that then tries to plan the work of this committee and comes back with recommendations.

If we simply say at some future date that this committee is going to do it, we are going to spend a great deal of the time of this committee without too much focus over the next period of time, simply trying to decide what we are going to do.

I am going to vote against this motion not on the basis that I oppose these items being referred to it but on the basis that I think we should be establishing a formal steering committee. If the chair agreed that the amendment would be in order—and I am not sure whether it is—I would amend that motion to read that it be referred to a steering committee rather than just a committee. That may be viewed as a different intent, so—

• 1215

The Chair: I think we will just have the debate twice, because quite clearly members have different opinions about the studies. If you have a steering committee that has only three or four members of the committee, I do not really think you are going to avoid anything except further debate.

Mrs. Sparrow: I was going to speak against the amendment, because I feel that the committees are smaller now and that if we set aside a certain time and everybody knows. . . You are quite right. I support you.

The Chair: Speaking to the motion, Dr. Pagtakhan.

Mr. Pagtakhan: I believe in the concept of a steering committee; that is my point. So I will leave it at that.

The Chair: Okay. We have the amendment. First let us deal with that. All in favour of referring this motion to a steering committee?

Mr. Karpoff: It just changes the word "committee" to "steering committee".

Motion negatived

The Chair: Now the main motion.

Mrs. Sparrow: This was to refer it back to this committee?

The Chair: Yes. We are going to circulate and get everybody's opinions.

Mr. Pagtakhan: Madam Chairman, I think I find it redundant. If you have no steering committee, a motion to refer to this committee—

The Chair: We did not refer it to this committee. The original motion was that this committee consider the item later on. His amendment was to refer it to a steering committee.

All in favour of having this committee discuss the issue of our future agenda at a future meeting?

[Translation]

Je n'ai aucune objection à ce que l'on ait un comité de direction officiel. On a alors une procédure fixée qui nous permet de savoir qui doit être informé, comment les sujets sont traités et quels sont les membres de l'opposition qui y participent. Le comité nous présente ensuite un calendrier avec des propositions relatives aux audiences. Je préférerais donc avoir un comité de direction officiel qui tente de planifier le travail du comité et nous présente des recommandations.

Si nous disons simplement que le comité va le faire à une date ultérieure, nous allons perdre beaucoup de temps à essayer de décider de ce que nous allons faire.

Je vais donc voter contre cette motion non pas parce que je m'oppose à ce que ces sujets lui soient renvoyés mais parce que je crois que nous devrions créer un comité de direction officiel. Si la présidente estime qu'un amendement est acceptable—et je ne suis pas sûr que ce soit le cas—je modifierai la motion en indiquant que les questions doivent être renvoyées à un comité de direction et non à un simple comité. Cela pourrait être considéré comme ayant une intention différente, donc. . .

La présidence: Je pense que l'on va simplement discuter deux fois car il clair que les membres du comité ont des opinions divergentes sur les études. Avec un comité de direction ne comptant que trois ou quatre membres du comité, je ne pense pas vraiment que l'on évite quoi que ce soit, si ce n'est une discussion ultérieure.

Mme Sparrow: J'allais prendre la parole contre l'amendement car je crois que les comités sont plus restreints maintenant et que si nous consacrons un certain temps, et tout le monde sait. . . Vous avez tout à fait raison. Je suis d'accord avec vous.

La présidence: Au sujet de la motion, monsieur Pagtakhan.

M. Pagtakhan: Je suis favorable à l'idée d'un comité de direction. C'est tout ce que j'avais à dire.

La présidence: Très bien. Nous avons un amendement. Nous allons tout d'abord nous en occuper. Tous ceux qui sont pour le renvoi de cette motion à un comité de direction?

M. Karpoff: Il s'agit simplement de remplacer le mot «comité» par «comité de direction».

La motion est rejetée

La présidence: Maintenant passons à la motion principale.

Mme Sparrow: Il s'agissait de renvoyer la motion au comité?

La présidence: Oui. Nous allons vous la faire passer et demander à chacun de donner son opinion.

M. Pagtakhan: Madame la présidente, cela me semble superflu car si nous n'avons pas de comité de direction, une motion de renvoi à ce comité. . .

La présidence: Nous ne l'avons pas renvoyée à ce comité. La motion initiale voulait que le comité étudie la question plus tard. L'amendement consistait donc à renvoyer la question à un comité de direction.

Tous ceux qui sont pour que ce comité discute de la question de notre ordre du jour futur à une réunion ultérieure?

[Texte]

Motion agreed to

The Chair: I have another item that should be dealt with; namely, the estimates, because there is a time line.

Mr. Karpoff: Before we deal with that, I would like to make a motion that we fix a specific date within the next two weeks for this committee to consider its future agenda and that all items that people wish on it be circulated to all members prior to that meeting. I am open to the date of that meeting, but I would suggest that we try to do it no later than some time near June 11.

The Chair: I would like to discuss the information that I have before we do that, because you may find that you have to have another meeting just to do that. The estimates have been referred to this committee and we have to deal with them by June 7 if we wish to deal with them.

Given that there are four ministers reporting to this committee, the Minister of Health and Welfare. . . There are more than that, are there not? There is the Status of Women, Seniors, Fitness and Amateur Sport.

I would like to know, first of all, whether the committee wants to have all these ministers before us or some of them. If you are dealing with the estimates, you have to do it before June 7. But we could, as an alternative, have them after that date just to ask them questions or whatever. It is a very short timespan, so we would have to be flexible on the time of the meeting for the ministers. Could we address this?

Mrs. Sparrow: There are two things. One is that I would make a motion that we not hear ministers with regard to the estimates this year. You are quite right, the timeframe is extremely short. Also, there are numerous members on the committee who have not previously sat here. I would be interested in having officials from certain departments address specific issues regarding the health care system in Canada.

Before we get to that, when you met with the Whip and all the committee chairmen, did they say to you that health and welfare would be guaranteed committee space every Tuesday and Thursday morning? I would like to set down the times that we can agree on, and Mondays and Fridays are difficult for some of us. I would like to make a motion that we stay away from those, Rey. Is that okay?

Mr. Pagtakhan: I am agreeable.

Mrs. Sparrow: Okay. He says Tuesdays and Thursdays.

The Chair: I very much like the idea of a set date.

Mrs. Sparrow: Perhaps we could then agree that it will be Tuesdays and Thursdays, and I will open it for morning and afternoon.

• 1220

The Chair: I am just trying to deal with this matter in a logical fashion. First of all, we have the issue of when and where we meet, but we also have the issue of whether we want to hear the ministers on the estimates, which has to be

[Traduction]

La motion est adoptée

La présidence: Il y a une autre question que j'aimerais aborder, à savoir le budget, car nous avons un délai.

M. Karpoff: Avant d'en venir là, j'aimerais proposer une motion voulant que l'on fixe une date précise au cours des deux prochaines semaines pour que le comité étudie notre ordre du jour futur et que toutes les questions que l'on souhaite aborder soient transmises à tous les membres avant la réunion. Peu m'importe la date de la réunion, mais je propose d'essayer de la fixer au plus tard autour du 11 juin.

La présidence: J'aimerais discuter des renseignements que nous avons auparavant car il se pourrait que vous estimiez qu'il soit nécessaire d'avoir une autre réunion simplement pour cela. Le budget a été renvoyé devant le comité et nous devons nous en occuper d'ici le 7 juin si nous voulons traiter de la question.

Étant donné qu'il y a quatre ministres qui relèvent de notre comité, le ministre de la Santé et du Bien-être social. . . Il y en a d'autres, n'est-ce pas? Il y a la Condition féminine, le Troisième âge, Condition physique et Sport amateur.

J'aimerais savoir tout d'abord si le comité souhaite convoquer tous ses ministres ou certains d'entre eux. Si on s'occupe du budget, il faut le faire avant le 7 juin. Mais nous pourrions, comme autre solution, les faire venir après cette date simplement pour leur poser des questions, par exemple. Cela nous laisserait peu de temps et il faudrait donc avoir une certaine souplesse pour la date de la réunion avec les ministres. Pourrait-on en discuter?

Mme Sparrow: Il y a deux choses. Tout d'abord, je proposerai une motion voulant que l'on ne convoque pas les ministres au sujet du budget cette année, vous avez tout à fait raison, le délai est très serré. Il y a aussi plusieurs membres du comité qui sont des nouveaux venus. J'aimerais que des responsables de certains services viennent parler de questions précises concernant le système médical canadien.

Avant d'en venir là, lorsque vous vous êtes réunis avec le whip et tous les présidents de comité, vous a-t-on assurés que la Santé et le Bien-être social aurait droit à des réunions de comité tous les mardi et jeudi matins? J'aimerais que l'on fixe les dates des réunions afin que l'on puisse s'entendre, car les lundi et les vendredi posent des problèmes pour certains d'entre nous. J'aimerais proposer une motion pour écarter ces jours-là, Rey. Êtes-vous d'accord?

M. Pagtakhan: Je suis d'accord.

Mme Sparrow: Très bien. Il est d'accord pour les mardi et les jeudi.

La présidence: L'idée d'une date fixe me plaît beaucoup.

Mme Sparrow: Peut-être pourrions-nous décider que ce sera les mardi et les jeudi en laissant le choix pour la matinée ou l'après-midi.

La présidence: J'essaie simplement de régler cette question de façon logique. Tout d'abord, il faut décider du moment et du lieu de notre réunion, mais il faut aussi savoir si l'on veut convoquer les ministres au sujet du budget des

[Text]

addressed today or we must forget about it. Then we have the other motion you wish to bring forward. I would like to deal with one issue at a time. Could we deal with the issue of the estimates first?

Mr. Karpoff: A motion was made by Mrs. Sparrow on the estimates. I will object very strenuously if the majority on this committee prevent me from questioning the ministers on the estimates.

The Chair: Which minister? All of them?

Mr. Karpoff: Any of the ministers. The motion was that we not hear Cabinet ministers on estimates, and I would object to that motion very strenuously. It is one of the rights of a parliamentarian to be able to question the ministers on estimates in committee. The motion is to not hear Cabinet ministers, and I would oppose that motion.

The Chair: I cannot accept a contrary motion, but certainly at a future time. . . I would like to know—

Mr. Pagtakhan: On a point of order, precisely on this point, I would suggest that the chair maintain order, facilitate discussion and not monopolize the discussion. Otherwise, you might as well not be chairing this committee. I object to you answering right away, Madam Chair.

The Chair: I was asking for a clarification of his position so we can consider this issue. I want to know. . .

Mr. Karpoff: I am going to oppose that motion, and I am urging every member on the committee to do so.

The Chair: All right. If that motion fails, would you want to hear all these people before June 7, or some of them?

Mr. Karpoff: If this motion fails then I will make a motion prioritizing the ministers we would like to hear, because that is—

The Chair: Before June 7?

Mr. Karpoff: Before June 7.

Mr. Pagtakhan: I would certainly like ministers to be available to the committee for questioning and as witnesses. If we have to prioritize the importance of those who are to appear as witnesses before this committee, the priority will be Cabinet ministers of the government. Otherwise, we will lose the very essence of democracy. We must have them available for extensive questioning to the best extent we can manage. Any motion that would prevent us from exercising this democratic right would be totally unacceptable, so I support the view that we defeat this motion.

The Chair: Would you also like this questioning done before June 7? Do you want all the Cabinet ministers to appear or just certain ones?

[Translation]

dépenses, car il faudrait s'en occuper aujourd'hui ou y renoncer. Il y a ensuite l'autre motion que vous souhaitez déposer. J'aimerais que l'on s'occupe d'une chose à la fois. Pourrait-on discuter d'abord du budget?

M. Karpoff: Madame Sparrow a présenté une motion sur le budget. Je vais m'opposer très fortement à ce que la majorité du comité m'empêche de poser des questions aux ministres sur le budget.

La présidence: Quels ministres? Tous?

M. Karpoff: N'importe lequel des ministres. La motion voulait que l'on ne convoque pas les ministres au sujet du budget et je m'oppose très fermement à cette motion. C'est l'un des droits d'un parlementaire que de pouvoir poser des questions aux ministres sur le budget, dans le cadre du comité. La motion veut que l'on ne convoque pas les ministres et je m'y oppose.

La présidence: Je ne puis accepter de contre-propositions, mais certainement, à une date ultérieure. . . j'aimerais savoir. . .

M. Pagtakhan: J'invoque le règlement, précisément sur ce point. Je proposerais que la présidente maintienne l'ordre, facilite la discussion et ne monopolise pas la parole. Faute de cela, vous pourriez aussi bien ne pas présider le comité. Je m'oppose à ce que vous répondiez directement, madame la présidente.

La présidence: Je demandais des éclaircissements sur son opinion afin que nous puissions étudier la question. Je veux savoir. . .

M. Karpoff: Je vais m'opposer à cette motion et je presse tous les membres du comité de faire la même chose.

La présidence: Très bien. Si cette motion est rejetée, voulez-vous entendre toutes ces personnes avant le 7 juin, ou certaines d'entre elles seulement?

M. Karpoff: Si cette motion est rejetée, je proposerai alors une motion comportant une liste des ministres que nous voulons convoquer par ordre de priorité, car c'est. . .

La présidence: Avant le 7 juin?

M. Karpoff: Avant le 7 juin.

M. Pagtakhan: J'aimerais certainement que les ministres soient à la disposition du comité pour qu'on puisse leur poser des questions et qu'ils soient convoqués à titre de témoins. Si nous devons donner un ordre de priorité pour ceux qui devront comparaître comme témoins devant le comité, je donnerais la priorité aux ministres. Autrement, nous renonçons à l'essence même de la démocratie. Il faut qu'ils soient à notre disposition pour qu'on puisse leur poser un grand nombre de questions dans la mesure du possible. Toute motion nous empêchant d'exercer ce droit démocratique serait tout à fait inacceptable et je suis donc d'avis que nous rejetons la motion.

La présidence: Souhaitez-vous également que cette comparution se fasse avant le 7 juin? Voulez-vous que tous les ministres appartenant au Cabinet comparaissent devant nous ou seulement certains?

[Texte]

Mr. Pagtakhan: Madam Chairman, what we like is hypothetical in debate. First, we defeat the motion, if that is the agreement of the committee—and I would ask you to do so, because the reverse would set a very bad precedent—and then we would determine when the ministers would appear, to the best extent that we could accommodate for all of us. It is hypothetical to answer the question from the chair.

The Chair: Seeing as there is an area of consensus. . . We have the motion then. Are there any further speakers? The question on the motion from Mrs. Sparrow is that we not hear the ministers on estimates before June 7.

Mr. Pagtakhan: I have not made a specific motion as to not hearing the ministers before June 7. I would like the member to elucidate for the committee. Do we not have a deadline if we do not hear the witnesses June 7? If we do not hear them before June 7. . .

The Clerk: The estimates are deemed to be adopted by the House.

Mr. Pagtakhan: I would like to speak further, Madam Chair.

The Chair: We are in the middle of a motion. Mr. Karpoff called the motion.

Motion negatived

The Chair: We are now in a position to entertain the motion of Mr. Karpoff.

Mr. Karpoff: If I could arrange before June 7 that the Minister of Health and Welfare and the minister responsible for women be the first two ministers listed for priority hearing, and if we can then arrange to hear the other two ministers, one responsible for seniors and the other responsible for fitness and amateur sports. . .

• 1225

The Chair: Is there further discussion on that motion?

Motion agreed to

Mr. Karpoff: I would also move that the regular sitting days for this committee be established on Tuesdays and Thursdays. My preference would be the afternoon.

The Chair: Not on Thursday afternoon. Are you adding specifics—

Mr. Karpoff: If there was a consensus, we could pin down the time. I would even go for Tuesday afternoon and Thursday morning. Tuesday mornings are bad for me.

Mrs. Sparrow: Are you talking about Tuesday afternoon from 3.30 to 5? On Thursday, are you talking about the 9 a.m. or the 11 a.m. slot?

The Clerk: The slot is 10 a.m. now for Tuesday.

Mr. Karpoff: Okay, 10 a.m. to 11.30 a.m. is fine.

The Chair: What is the earliest slot? You cannot have a meeting at 9 a.m.?

[Traduction]

M. Pagtakhan: Madame la présidente, pour la discussion, peu importe ce que nous souhaitons. Il nous faut tout d'abord rejeter la motion, si tel est le vœu du comité—et c'est ce que je vous demande de faire, car dans le cas contraire nous créerions un fâcheux précédent—et nous déciderions ensuite de la date de comparution des ministres, au mieux des possibilités pour tous. Que la présidente réponde à la question, c'est présumer un peu trop.

La présidence: Étant donné que nous semblons avoir un consensus, nous avons donc une motion. D'autres personnes souhaitent-elles prendre la parole? La question sur la motion de M^{me} Sparrow est que nous ne convoquions pas les ministres au sujet du budget avant le 7 juin.

M. Pagtakhan: Je n'ai pas proposé de motion précise voulant qu'on ne convoque pas les ministres avant le 7 juin. J'aimerais qu'on clarifie les choses pour le comité. N'avons-nous pas un délai à respecter si nous ne convoquons pas les témoins pour le 7 juin? Si nous ne leur posons pas des questions avant le 7 juin. . .

La greffière: La Chambre doit adopter le budget.

M. Pagtakhan: J'aimerais ajouter quelque chose, madame la présidente.

La présidence: Nous sommes au milieu d'une motion. Monsieur Karpoff a mis la motion en discussion.

La motion est rejetée

La présidence: Nous pouvons maintenant nous occuper de la motion de M. Karpoff.

M. Karpoff: S'il m'était possible de faire en sorte, qu'avant le 7 juin, on place en tête de la liste prioritaire pour les auditions le ministre de la Santé et du Bien-être social ainsi que le ministre chargé de la Condition féminine, et si ensuite nous pouvions convoquer les deux autres ministres, celui chargé du Troisième âge et celui chargé de la Condition physique et du Sport amateur. . .

La présidence: Y a-t-il d'autres discussions sur cette motion?

La motion est adoptée

M. Karpoff: Je proposerais également que les journées normales de séances du comité soient les mardis et jeudis. Je préférerais quant à moi l'après-midi.

La présidence: Pas le jeudi après-midi. Ajoutez-vous des précisions. . .

M. Karpoff: Si l'on est d'accord là-dessus, nous pourrions fixer l'heure. Je serais même prêt à accepter mardi après-midi et jeudi matin. Le mardi matin ne me convient pas.

Mme Sparrow: Voulez-vous parler de mardi après-midi de 15h30 à 17 heures? Pour le jeudi, voulez-vous parler de 9 heures à 11 heures?

La greffière: L'horaire du mardi est désormais à 10 heures.

M. Karpoff: Très bien, de 10 heures à 11h30 c'est parfait.

La présidence: Quelle est l'heure de la première séance? Il n'est pas possible d'avoir une réunion à 9 heures?

[Text]

The Clerk: Only until 10 a.m. if somebody is coming in.

The Chair: Why would they do that? They waste a whole hour.

The Clerk: The House management committee made that decision.

Mrs. Sparrow: Could the clerk please inform us what times the standing committees can meet on Tuesdays and Thursdays?

The Clerk: The blocks established by the committees' house management are Tuesdays at 10 a.m., 11.30 a.m., 3.30 p.m., 5 p.m., and then into the evening if you wish.

Mr. Karpoff: I would then specify that we do it on Tuesdays at 3.30 p.m. and on Thursdays at 10 a.m.

The Chair: Just about everybody has caucus meetings late, so you are going to go from one to the next. Is there consensus on that?

Mr. Pagtakhan: I would suggest 10 a.m. for both Tuesdays and Thursdays, for two reasons. It is easy to remember. It is the same time irrespective of the week. Secondly, following Question Period there will certainly be a scrum for all people, and you do not like people to trickle into the committee meetings. At 3.30 p.m. you may be called, etc. So I would suggest we meet from 10 a.m. to 11.30 a.m. so that there is no occasion for disruption by the scrum.

The Chair: We have two viewpoints here. We have the main motion moved by Mr. Karpoff that it be the 3.30 p.m. time slot on Tuesday and the 10 a.m. time slot on Thursday. We have an amendment by Dr. Pagtakhan. Let us take the amendment first. His amendment is that it be 10 a.m. on Tuesdays.

Amendment agreed to

Motion as amended agreed to

The Chair: Perhaps as a second choice we could have Tuesday at 3.30 p.m. The other thing is, I do not like this room, do you? It is really bad.

Mrs. Sparrow: . . . in the west block or on the Hill, we are lucky.

The Chair: The other alternative is to go off the Hill and use the Wellington—

An hon. member: No deal. This is better.

The Chair: We get this one or the huge one. When we have a topic in public session that is quite interesting, we get quite a few people observing.

Mrs. Sparrow: Could we not share with somebody? Do you not have to share with the human resources group?

The Chair: There are five committees meeting in two rooms.

Mr. Karpoff: The committee structure has been strangling the committees. What has happened is absolutely ridiculous. This idea of allocating two rooms for five committees. . . It is simply a matter of making sure that we cannot meet very frequently.

[Translation]

La greffière: Seulement à partir de 10 heures il doit y avoir réunion.

La présidence: Pourquoi cela? On perd une heure entière.

La greffière: C'est le comité de gestion de la Chambre qui a pris cette décision.

Mme Sparrow: La greffière pourrait-elle nous dire quels sont les horaires de réunion pour les comités permanents les mardis et jeudis?

La greffière: Les heures prévues par le service de gestion de la Chambre qui s'occupe des comités sont le mardi à 10 heures, 11h30, 15h30 et 17 heures et vous pouvez ensuite disposer de la soirée si vous voulez.

M. Karpoff: Je proposerai donc qu'on choisisse 15h30 le mardi et 10 heures le jeudi.

La présidence: A peu près tout le monde a une réunion du caucus en fin de journée, vous allez donc passer de l'un à l'autre. Est-on d'accord là-dessus?

M. Pagtakhan: Je proposerai 10 heures pour le mardi comme pour le jeudi, pour deux raisons. Il est facile de s'en souvenir. C'est la même heure, quelle que soit la semaine, deuxièmement, après la période des questions, il va certainement y avoir une mêlée pour tout le monde et il n'est pas agréable que les gens arrivent les uns derrière les autres pendant les réunions du comité. A 15h30 on peut vous appeler par exemple. Je proposerai donc qu'on se réunisse de 10 heures à 11 heures afin que nous ne soyons pas dérangés par la mêlée.

La présidence: Nous avons là deux opinions. Nous avons la motion principale proposée par M. Karpoff voulant qu'on choisisse 15h30 le mardi et 10 heures le jeudi. Nous avons un amendement de M. Pagtakhan. Prenons le premier amendement. Il s'agit de mettre les réunions à 10 heures le jeudi.

L'amendement est adopté

La motion ainsi modifiée est adoptée

La présidence: Nous pourrions avoir comme deuxième choix le mardi à 15h30. Il y a une autre chose, je n'aime pas cette salle, qu'en dites-vous? Elle est vraiment désagréable.

Mme Sparrow: . . . dans l'édifice de l'Ouest ou sur la Colline, nous avons de la chance.

La présidence: L'autre solution consisterait à quitter la Colline et à aller dans l'Édifice Wellington. . .

Une voix: Pas question, ici c'est mieux.

La présidence: Nous avons le choix entre celle-ci ou la grande salle. Lorsque nous discutons d'une question en audience publique, c'est très bien, nous pouvons avoir plusieurs observateurs.

Mme Sparrow: Ne serait-il pas possible de partager la salle avec quelqu'un? Ne faut-il pas la partager avec le groupe des ressources humaines?

La présidence: Il y a cinq comités qui se réunissent dans deux salles.

M. Karpoff: L'organisation des comités nous étouffe. Ce qui s'est produit est absolument ridicule. Cette idée de prévoir deux salles pour cinq comités. . . C'est simplement pour s'assurer que nous n'allons pas nous réunir trop souvent.

[Texte]

The Chair: We can go off the Hill and across the road and do it at Sparks Street or at Wellington.

• 1230

Mr. Karpoff: I move that we continue to meet in this room. When there are public witnesses, we try to get the bigger room.

An hon. member: Hear, hear!

Mr. Pagtakhan: Madam Chairman, when can we come to the timetable for the minister to appear before the committee?

The Chair: We have to attempt to find out whether or not he can come. If they are booked solidly until June 7—

Mr. Pagtakhan: Can we make it clear, Madam Chair, that this committee would very much like the minister to appear, that his appearance before this committee should take priority in his very busy schedule? We should make it clear to him—

The Chair: I am sure he is aware of that when a parliamentary committee has asked him, but we can certainly—

The Clerk: But we must get the flexibility—

The Chair: Could you speak to the whole committee?

The Clerk: I would just advise, in view of the short timeframe involved, that we have a certain flexibility in getting whichever one of the ministers we can whenever we can and then getting as many as we can within these dates. If there is no flexibility, I think there will be a lot of difficulties.

Mr. Pagtakhan: Flexible in the time. We can even flex the day and time that we will meet with the minister. However, to me, that the Minister of Health should first appear is a must and a priority. We cannot be flexible to the point that he will have an excuse not to appear.

Madam Chairman, this is a committee on health and welfare. The Minister for National Health and Welfare must appear for the estimates. It is a priority. There should be no excuse in terms of flexibility. It is our position, Madam Chairman.

The Chair: We will certainly pass along a message that the committee feels very strongly that the Minister of Health should appear.

Perhaps you can first of all book our regular meeting times as quickly as possible. I think we have to be flexible for the Minister of Health, so I will set a time at whatever time he can come.

Is everybody in agreement with that?

Some hon. members: Agreed.

The Chair: Is there any further business?

Mr. Karpoff: I would make a motion that the committee on June 11 consider items that it wishes to address and that prior to that date members submit to the committee all the items they are going to bring forward.

[Traduction]

La présidence: Nous pouvons quitter la Colline et traverser la rue pour aller rue Sparks ou à l'Édifice Wellington.

M. Karpoff: Je propose qu'on continue à se réunir dans cette salle. Lorsque nous recevrons des témoins, nous essaierons d'obtenir la plus grande salle.

Une voix: Bravo!

M. Pagtakhan: Madame la présidente, quand allons-nous en venir à l'horaire de comparution du ministre devant le comité?

La présidence: Il faut d'abord essayer de voir s'il peut ou non venir. S'il est totalement pris jusqu'au 7 juin. . .

M. Pagtakhan: Est-il possible d'indiquer clairement, madame la présidente, que le comité souhaite ardemment interroger le ministre; que sa comparution devant le comité devrait être une priorité dans son programme très chargé? Il faudrait lui laisser clairement entendre. . .

La présidence: Je suis sûre qu'il sait cela lorsqu'un comité parlementaire lui demande de venir, mais nous allons certainement. . .

La greffière: Mais il nous faut avoir une certaine souplesse. . .

La présidence: Pouvez-vous vous adresser à l'ensemble du comité?

La greffière: Je dirais simplement, étant donné le court délai qui nous est imparti, qu'il nous faudrait avoir une certaine souplesse pour ce qui est d'essayer d'obtenir celui des ministres qui pourra venir, lorsque ce sera possible, et ensuite pour essayer d'inviter le plus grand nombre d'entre eux à venir dans l'intervalle. Si nous n'avons aucune souplesse, je crois que nous aurons beaucoup de problèmes.

M. Pagtakhan: Flexibilité d'horaire. Nous pouvons avoir une certaine flexibilité pour ce qui est de l'heure et du jour où nous allons rencontrer le ministre. Cependant, il me semble que le ministre de la Santé devrait être le premier à comparaître et qu'il a la priorité absolue. Nous ne pouvons pas être souple au point d'accepter qu'il ait une excuse pour ne pas comparaître.

Madame la présidente, notre comité s'occupe de santé et de bien-être social. Le ministre de la Santé et du Bien-être social doit comparaître pour le budget des dépenses. C'est une priorité. Il ne devrait pas y avoir d'excuse de flexibilité ou de souplesse. Voilà mon avis, madame la présidente.

La présidence: Nous allons certainement transmettre le message indiquant que le comité souhaite ardemment la comparution du ministre de la Santé.

Peut-être pourrions-nous pour commencer décider des horaires courants de réunion le plus vite possible. Je crois qu'il nous faut une certaine souplesse pour le ministre de la Santé, je fixerai donc l'heure en fonction de ses disponibilités.

Est-ce que tout le monde est d'accord là-dessus?

Des voix: D'accord.

La présidence: Y a-t-il d'autres questions à l'ordre du jour?

M. Karpoff: Je proposerais une motion voulant que le comité étudie le 11 juin les questions qu'il souhaite examiner et qu'avant cette date, les membres du comité soumettent tous les sujets qu'ils vont soulever.

[Text]

The Chair: Are you in favour? Is there any further discussion?

Mr. Pagtakhan: I would say "on or before" that date, just to meet the flexibility.

The Chair: Let us make it the 11th; then we will know the date to shoot for and we can put that as an agenda item.

Mr. Pagtakhan: No, no, no. His motion is to submit prior to that date. My suggestion is to make it on or before that date.

Mrs. Sparrow: That is fair, absolutely!

The Chair: On or before, no problem. We can try to have them so that members can review them and think about them. If you submit them to me, I will just fax them out to everybody.

Motion agreed to

The Chair: Is there anything else?

Mr. Pagtakhan: Madam Chairman, I would also like to convey to the Minister of National Health and Welfare a message. Since it is reported in the media that he will meet with his provincial counterparts, I would like to ask the minister to brief us before meeting with the provincial ministers as to his possible agenda so that this committee could participate and convey to him a message in order that he can be best armed by all parliamentarians in terms of issues and concerns. If the chair could sort of write the memo to the minister, that could suffice.

The Chair: How about the ministers in all the provinces? Should we work them in?

Mr. Pagtakhan: Of course it is to our Minister of Health.

The Chair: He can only say yes or no, I suppose. We are asking the minister to appear.

Mr. Pagtakhan: Yes, but before that, because I do not know whether he will appear before he will meet with his provincial counterparts. I think it would be nice for us.

Now, if he appears before us for the estimates before that meeting with the provincial counterparts, we would have an occasion to ask him a question on this. However, if that is not accorded before that, we may have a problem—to be moot. So I would like us to convey the message that we would like to be briefed and one more rationale that we should have him before him this committee soon.

• 1235

The Chair: We do not as yet have a date for the provincial meeting. The minister is coming here. Perhaps we could ask him to include that in his presentation. We could ask that we be briefed on the agenda of the future meeting. Let us just do that, then.

Ms Phinney: I was just going to add that all he can say is yes or no, so it does not do any harm to ask.

[Translation]

La présidence: Etes-vous d'accord? Y a-t-il d'autres discussions?

M. Pagtakhan: Je dirais «au plus tard le 11 juin», pour avoir une certaine souplesse.

La présidence: Mettons le 11 juin; nous saurons alors quelle date viser et nous pourrions mettre cette question à l'ordre du jour.

M. Pagtakhan: Non, non, non. La motion veut que l'on soumette les questions avant cette date. Ce que je suggère, c'est de le faire au plus tard à cette date.

Mme Sparrow: C'est juste, vous avez tout à fait raison!

La présidence: A cette date ou plus tard, sans problème. Nous pouvons essayer de les obtenir pour permettre aux membres du comité de les étudier et d'y réfléchir. Si vous me les soumettez, je les enverrai par télécopieur à tout le monde.

La motion est adoptée

La présidence: Y a-t-il autre chose?

M. Pagtakhan: Madame la présidente, j'aimerais également que l'on fasse parvenir un message au ministre de la Santé et du Bien-être social. Etant donné que les médias annoncent qu'il va rencontrer ses homologues provinciaux, j'aimerais que le ministre nous informe avant la réunion avec les ministres provinciaux de son programme éventuel afin que le comité puisse participer et lui transmettre un message le mettant au courant, de la part de tous les parlementaires, des principaux problèmes et questions qui se posent. Si la présidente voulait bien rédiger une note à l'intention du ministre, cela suffirait.

La présidence: Et les ministres de toutes les provinces? Devrions-nous les faire participer?

M. Pagtakhan: Bien sûr, il s'agit de notre ministre de la Santé.

La présidence: J'imagine qu'il peut répondre par oui ou par non. Nous demandons au ministre de comparaître.

M. Pagtakhan: Oui, mais avant cela, je crois que nous devrions l'informer, car je ne sais pas s'il va comparaître devant nous avant de rencontrer ses homologues provinciaux.

S'il comparait devant nous pour le budget des dépenses avant sa rencontre avec ses homologues provinciaux, nous aurons l'occasion de lui poser une question à ce sujet. Mais si ce n'est pas possible dans ce délai, nous aurons peut-être un problème—il faudra en discuter. J'aimerais donc qu'on lui fasse savoir qu'on voudrait être mis au courant et que c'est une raison supplémentaire pour qu'il compare rapidement devant ce comité.

La présidence: Nous n'avons pas pour l'instant la date de la rencontre avec les provinces. Le ministre doit venir ici, peut-être pourrions-nous lui demander d'inclure cela dans son exposé. Nous pourrions lui demander de nous mettre au courant du programme de la rencontre ultérieure. C'est ce que nous allons donc faire.

Mme Phinney: J'allais simplement dire qu'il peut répondre oui ou non, et que l'on ne risque pas grand-chose à demander.

[Texte]

The Chair: I think it would be difficult to get two meetings, but we could try to do it in one meeting.

Is everyone in agreement with that? We will ask him when he appears to discuss his agenda for the meeting.

Motion agreed to

Mrs. Sparrow: Just some food for thought. Supposing that we have a free meeting time next week, I would put out a thought that maybe we could have some officials from the department, and I would throw out the Canada Assistance Plan or the CPP, and we could zero in and utilize the time to have an hour's or an hour-and-a-half's grounding.

There are some people within this committee who have not sat on health and welfare before. Rather than lose the time slot, I would be most interested in hearing officials from National Health and Welfare discuss child tax credits or the CAP system. I am open to discussion on that.

The Chair: If you are successful in getting the time slots, could we then arrange those meetings?

What is happening with the other health and welfare committee?

The Clerk: Well, the previous team still exists. You got your extra extension, so the former committee still exists and we have to complete our report. I will have to schedule a meeting.

Mr. Pagtakhan: We leave it to your imagination.

The Clerk: I met the consultant and she is ready to appear before the committee next Tuesday afternoon, June 4.

The Chair: Well, we had better hope it does not conflict, because three of us are—

The Clerk: When we come to book a room, we will have to check that.

The Chair: If it is in the afternoon and we are meeting in the morning, we can.

The Clerk: It is a difficult situation. I received calls from people from agencies such the Status of Women Canada who want to know what is going on, how come there are two health and welfare committees at the same time with two chairs and one budget.

The Chair: The Status of Women and the poverty committee could not meet until now, until we have the motion. We were supposed to do the estimates for Status of Women at one point.

Mrs. Sparrow: You mentioned the magic word "budget", Madam Researcher. We are obviously allocated \$50,000, but you will have to draw up a budget for this committee and maybe we could put it on the agenda for the 11th. You could bring forward a proposed budget that we might look at at the same time that we review the future business.

The Chair: Sure. Well, the future business may determine some of the expenses.

[Traduction]

La présidence: Je crois qu'il serait difficile d'obtenir deux rencontres, mais nous pourrions essayer de le faire en une seule.

Tout le monde est-il d'accord avec cela? Nous lui demandons de discuter du programme de la réunion lorsqu'il comparaitra.

La motion est adoptée

Mme Sparrow: Un peu de matière à réflexion. En admettant que nous ayons un peu de temps libre pour les réunions la semaine prochaine, nous pourrions peut-être faire venir quelques responsables du ministère et je proposerais le Régime d'assistance publique du Canada ou le RPC, nous pourrions nous documenter et utiliser ce temps pour avoir une séance d'information d'une heure ou d'une heure et demie.

Nous avons parmi nous des personnes qui n'ont jamais siégé au Comité de la santé et du bien-être social. Plutôt que de ne pas utiliser ce créneau, j'aimerais bien entendre les responsables de la Santé et du Bien-être social sur les crédits d'impôt pour enfants et sur le RAPC. Je suis prête à en discuter.

La présidence: Si vous arrivez à obtenir les périodes voulues, pouvons-nous organiser ces réunions?

Qu'advient-il de l'autre Comité de la santé et du bien-être social?

La greffière: Eh bien, l'équipe précédente existe toujours. Nous avons eu une prolongation de sorte que l'ancien comité existe encore et qu'il nous reste à terminer le rapport. Il faudra que je prévoie une réunion.

M. Pagtakhan: Nous laissons cela à votre imagination.

La greffière: J'ai rencontré l'expert-conseil et elle est prête à comparaître devant le comité le mardi 4 juin dans l'après-midi.

La présidence: Espérons qu'il n'y ait pas de conflit d'horaire car trois d'entre nous. . .

La greffière: Il nous faudra vérifier cela lorsque nous réserverons une salle.

La présidence: Si c'est l'après-midi et que nous nous réunissions le matin, c'est possible.

La greffière: C'est une situation délicate. J'ai reçu des appels téléphoniques de personnes appartenant à des organismes comme Condition féminine Canada qui veulent savoir ce qui se passe, qui se demandent pourquoi il y a deux comités de la santé et du bien-être social en même temps avec deux présidents et un seul budget.

La présidence: Le Comité de la condition féminine et de la pauvreté ne pouvait pas se réunir jusqu'ici, tant qu'une motion n'avait pas été adoptée. Nous devons nous occuper du budget de la Condition féminine à un moment donné.

Mme Sparrow: Vous avez lancé le mot magique «budget», madame la recherchiste. Il est clair qu'on nous a accordé 50,000\$, mais il faudra établir un budget pour le comité et peut-être pourrions-nous le prévoir au programme du 11. Vous pourriez nous présenter une proposition du budget que nous pourrions étudier tout en examinant nos travaux ultérieurs.

La présidence: Certainement. Nos travaux ultérieurs pourraient déterminer en partie les dépenses.

[Text]

The Clerk: Usually the committee prepares a work plan and then you prepare your budget.

The Chair: I think the work plan first and then at the next meeting perhaps the budget.

Mrs. Sparrow: As long as we are aware of how you are going to allocate.

An hon. member: You have to have witnesses.

The Clerk: Every committee clerk will have to draft a budget after the committee has a work plan.

The Chair: You realize there are three major studies that are just being completed? There is the health and welfare study the old committee is completing, the poverty and the status of women that have all had huge numbers of witnesses.

Mrs. Sparrow: ...fit into that?

The Chair: The old committee on health and welfare is finishing that report. We have permission until June 21.

Mrs. Sparrow: Okay. That is separate?

The Chair: I think any further studies for this committee should not start until the fall, just in terms of the resources we have available to us... in three weeks...

If at all possible, I would like to table our subcommittee's reports by the end of June, but I do not know whether it is possible.

Mrs. Sparrow: Then we will come here for—

The Chair: Yes, it has to be here.

Mrs. Sparrow: Boy, that gives you a full table.

The Chair: I think we have covered everything. Thank you very much.

This meeting stands adjourned.

Thursday, June 6, 1991

• 1007

The Chair: I call this meeting to order.

Welcome to the committee. Mrs. Collins, perhaps you would like to begin. It is vote 40, Status of Women, Office of the Co-ordinator, Program Expenditures under Employment and Immigration.

Hon. Mary Collins (Associate Minister of National Defence and Minister Responsible for the Status of Women): Thank you, Madam Chair. I am pleased to appear before you today on the 1991-92 main estimates. This is the first chance I have had to meet with the full committee. I know you have been through some restructuring and you are working very hard. I look forward to working with you and with the subcommittee. I assume you will also have a subcommittee on the status of women.

[Translation]

La greffière: Normalement, le comité prépare un plan de travail et on établit ensuite le budget.

La présidence: Il faut donc prévoir d'abord le plan de travail et le budget à la réunion prochaine peut-être.

Mme Sparrow: Tant que nous savons comment il sera réparti.

Une voix: Il faut des témoins.

La greffière: Chaque greffier de comité doit préparer un budget provisoire une fois que le comité a établi son plan de travail.

La présidence: Vous savez qu'il y a trois études importantes qui sont en train de se terminer? Il y a l'étude sur la santé et le bien-être social à laquelle l'ancien comité met la dernière main, la pauvreté et la condition féminine qui ont tous un nombre impressionnant de témoins.

Mme Sparrow: ...d'ici là?

La présidence: L'ancien Comité de la santé et du bien-être social termine son rapport. Nous avons jusqu'au 21 juin.

Mme Sparrow: Très bien. C'est une chose différente?

La présidence: Je crois que toute nouvelle étude pour le comité ne devrait pas commencer avant l'automne, simplement pour ce qui est des ressources que nous avons à notre disposition... dans trois semaines...

Si possible, j'aimerais déposer les rapports des sous-comités d'ici la fin juin, mais je ne sais pas si ce sera possible.

Mme Sparrow: Il nous faudra alors venir ici pour...

La présidence: Oui, il faut que cela se fasse ici.

Mme Sparrow: Ma foi, le programme est chargé.

La présidence: Je crois que nous avons abordé toutes les questions prévues. Merci beaucoup.

La séance est levée.

Le jeudi 6 juin 1991

La présidence: La séance est ouverte.

Je vous souhaite à tous la bienvenue. Madame Collins, vous voulez sans doute commencer. Nous examinons aujourd'hui le crédit 40, Condition féminine, Bureau de la coordonnatrice, Emploi et Immigration.

L'honorable Mary Collins (ministre associée de la Défense nationale et ministre responsable de la Condition féminine): Merci, madame la présidente. Je suis heureuse de comparaître ce matin pour discuter avec vous du Budget des dépenses principal de 1991-1992. C'est la première fois que j'ai l'occasion de vous rencontrer tous. Je sais qu'il y a eu une restructuration des comités et que vous travaillez fort. J'ai hâte de collaborer avec votre comité et avec le sous-comité que vous allez sans doute charger des questions relatives à la condition féminine.

[Texte]

My officials will be joining me in a few moments. I will introduce them as soon as they get here.

As we did last year, I would like to begin with a review of the organization and functions of my department, then mention some of the highlights and plans for the current year. I will then look forward to your questions.

I find that a lot of people still get very confused about Status of Women Canada. They get it confused with the advisory council and with the other areas of government involvement, so I thought I would begin with a little bit about our organization and functions.

We have three functions. The first is policy analysis and development. This involves analysing the impact on women of all government programs and proposals. We contribute to the development of government legislation, policies and programs which are of particular concern to women. A lot of our time and our staff's time—it is a small staff, as you know—is spent in that area.

We are also very involved in the co-ordination of interdepartmental and federal-provincial territorial activities. The end results are reflected in proposals such as draft memoranda to Cabinet, or may be in the form of policy recommendations that I propose to my Cabinet colleagues to improve the status of women.

For example, we try to ensure that we get at the memoranda going to Cabinet, that we have a chance to look at them and have our input on them. I raise issues with my colleagues and a lot of work...

Kay Stanley and Louise and the staff sit on a lot of interdepartmental committees. Those of you who are familiar with the bureaucracy in Ottawa know that a lot of that activity goes on. However, I think it serves us well, because they are able to ensure that our perspectives are included in everything from environmental legislation to things that are very specific to women.

• 1010

The second function is intergovernmental and non-governmental relations. This function entails liaisons with women's groups, academics, non-governmental organizations and individuals interested in women's affairs. We also engage in extensive consultation with provincial and territorial governments. These activities help keep me informed of the current public environment on women's issues. At the same time, they help us assist individuals and groups in their contacts with the federal government. We do a lot of that—assisting groups and organizations who want help with some department of government. We help them find their way through the system.

In addition, we work with international organizations such as the UN Commission on the Status of Women, the OECD, the Commonwealth and the newly joined OAS on issues of concern to women.

[Traduction]

Mes collaboratrices ne vont pas tarder à se joindre à nous. Je vous les présenterai à ce moment-là.

En suivant la formule de l'an dernier, je vais d'abord vous expliquer brièvement l'organisation et les fonctions du ministère que je représente. J'aimerais ensuite mettre en lumière certaines de nos réalisations et discuter de nos plans pour l'année en cours. Après, je répondrai avec plaisir à vos questions.

Beaucoup de gens confondent le Conseil consultatif sur le statut de la femme et Condition féminine Canada. Je vais donc vous décrire brièvement notre organisation et nos fonctions.

D'une manière générale, on peut définir l'organisation du Ministère selon trois titres fonctionnels. Le premier est l'analyse et l'élaboration des politiques. Cette fonction comprend l'analyse de l'incidence des divers programmes et propositions du gouvernement sur les femmes. Nous contribuons à l'élaboration des lois, des politiques et des programmes du gouvernement qui présentent un intérêt particulier pour les femmes. Notre personnel, très réduit, consacre beaucoup de temps à cette fonction.

Ces fonctions sont coordonnées aux niveaux interministériel et fédéral-provincial-territorial. Il peut en résulter des mémoires au Cabinet ou des recommandations en matière de politiques que je sou mets à mes collègues du Cabinet pour améliorer la condition féminine.

Par exemple, nous essayons d'avoir notre mot à dire au sujet des mémoires adressés au Cabinet. Je discute avec mes collègues de certaines questions, et beaucoup de travail. . .

Kay Stanley et Louise, notamment, font partie de nombreux comités interministériels. Ceux d'entre vous qui connaissent bien la bureaucratie d'Ottawa savent qu'il y a beaucoup de comités de ce genre. Je pense que c'est utile, car cela nous permet de veiller à ce que nos avis et nos suggestions soient pris en ligne de compte, qu'il s'agisse d'un projet de loi sur l'environnement ou de mesures spécifiques aux femmes.

La deuxième fonction du ministère concerne les relations intergouvernementales et non gouvernementales. Cette fonction comprend la liaison avec les groupements féminins, les universitaires, les organisations non gouvernementales et des particuliers qui s'intéressent aux questions féminines. En outre, nous consultons beaucoup les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces activités contribuent à me tenir au courant des affaires publiques relatives aux questions féminines. Parallèlement, elles nous permettent d'aider les particuliers et les groupes dans leurs démarches auprès du gouvernement fédéral. Nous consacrons beaucoup de temps à ce genre d'activités; il s'agit en fait d'aider des groupes et des organismes à traiter avec un ministère fédéral quelconque.

Par ailleurs, nous travaillons à des questions qui intéressent les femmes avec des organismes internationaux comme la Commission de la condition de la femme des Nations Unies, l'OCDE, le Commonwealth et l'Organisation des États américains.

[Text]

Finally, Status of Women Canada has an important information and communications function. That objective is to inform women's groups and the general public about federal government priorities and programs related to the status of women.

In keeping with this mandate, Status of Women Canada has undertaken a variety of activities over the past year. I would like to mention some of the highlights, which include:

Establishing mechanisms to implement the Plan of Action for Aboriginal Women in Economic Development. That has been quite an exciting task, working with Indian and Northern Affairs, Industry, Science and Technology, and Employment and Immigration. I will come back to that in a few minutes.

Monitoring the progress of women in sectors regulated by the Employment Equity Act, the Federal Contractors' Program and the Public Service, including co-sponsorship of a second workshop on employment equity in partnership with Employment and Immigration Canada and the Public Service Commission.

Co-sponsoring along with Labour Canada, a series of seminars entitled "Family-Responsive Benefits: The Corporate Decision-Making Process", to assist employers in implementing family-responsive policies and programs.

Participating on the Interdepartmental Committee on Immigrant Integration formed by Employment and Immigration Canada.

Participating with Correctional Services Canada in the development of a task force report on federally sentenced women. We have an ongoing involvement in terms of the implementation of that report as well.

Preparing a summary of the federal-provincial-territorial working group report on new reproductive technologies.

Producing research papers on the impact of AIDS on women to assist Health and Welfare Canada in developing a national strategy on women and AIDS.

Co-ordinating and organizing the third Commonwealth meeting of ministers responsible for women's affairs, held in Ottawa in October 1990. That took a lot of our time last year. I suppose it was the real highlight of our year. I think it was very successful and we have been developing follow-up contacts from that. It was certainly a very exciting time for me.

Successfully proposing to the United Nations Commission on the Status of Women the development of an international instrument on violence against women. I do not think too many people know about this. It did not get much press at the time, which was a few months ago. It was the Canadian proposal that was accepted. We hope we will now be able to work with the UN commission and it will eventually become part of the CIDA convention, moving the issue into the international sphere.

[Translation]

Enfin, Condition féminine Canada a une importante fonction d'information et de communication. Son objectif est d'informer les groupements féminins et le public en général au sujet des priorités et des programmes du gouvernement fédéral qui ont trait à la condition féminine.

Dans le cadre de ce vaste mandat, Condition féminine Canada a entrepris une grande variété d'activités durant l'année écoulée. J'aimerais mentionner certains faits saillants à cet égard:

Établissement de mécanismes axés sur la mise en oeuvre du Plan d'action pour le développement économique de la femme autochtone, en collaboration avec les ministères suivants: Affaires indiennes et du Nord Canada, Industrie, Sciences et Technologie Canada, et Emploi et Immigration Canada. J'y reviendrai tout à l'heure.

Surveillance du progrès des femmes dans des secteurs réglementés par la Loi sur l'équité en matière d'emploi, le Programme des contrats fédéraux et de la fonction publique, y compris le coparrainage d'un deuxième atelier sur l'équité en matière d'emploi avec Emploi et Immigration Canada, et la Commission de la fonction publique.

Coparrainage avec Travail Canada d'une série de séminaires intitulée «Avantages d'une culture pro-famille: Processus décisionnel des entreprises», pour aider les employeurs à mettre en oeuvre des politiques et des programmes axés sur la famille.

Participation aux travaux du Comité international de l'intégration des immigrants formé par Emploi et Immigration Canada.

Participation avec le Service correctionnel du Canada à la préparation du rapport du Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale, et aide à sa mise en oeuvre.

Préparation d'un sommaire du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les nouvelles techniques de reproduction.

Production de rapports de recherche sur l'impact du sida sur les femmes pour aider Santé et Bien-être social Canada à élaborer une stratégie nationale sur le sida.

Coordination et organisation de la troisième réunion des ministres responsables de la condition féminine du Commonwealth, tenue à Ottawa en octobre 1990. Cela nous a beaucoup occupées l'année dernière, et cette conférence aura été le fait saillant de l'année. Je crois que cela a été un succès, et nous essayons maintenant d'entretenir les contacts que nous avons pu établir lors de cette manifestation. J'ai vécu en cette occasion des moments très passionnants.

Proposition à la Commission de la condition de la femme des Nations Unies pour l'élaboration d'un instrument international sur la violence faite aux femmes. Peu de gens en ont été informés, car on n'en a pas beaucoup parlé dans la presse au moment où cela s'est passé, c'est-à-dire il y a quelques mois. C'est la proposition canadienne qui a été acceptée, et nous espérons que, grâce à notre collaboration avec la Commission des Nations Unies, nous réussirons à faire intégrer cette proposition dans la Convention sur le sida, ce qui fera passer toute la question à un niveau international.

[Texte]

We have been working with officials in ISTC on a broad range of initiatives to promote equality for women in science and engineering.

Participating with my provincial-territorial counterparts in the preparation of the Lake Louise Declaration on Violence Against Women, and now in developing a plan on all aspects of violence against women, which we will be discussing at the next meeting in Newfoundland in two weeks' time.

Certainly the issue of family violence and the broader question of violence against women are the key priorities for me and for us at Status of Women Canada. In February of this year I participated in the announcement of the \$136 million Family Violence Initiative, to be over four years. This initiative builds on and integrates other federal policies and programs related to family violence and child sexual abuse. As the most frequent victims of violence, women and children are the focus of many of the new measures.

Under this new initiative funding will be provided to 500 community-based projects, which we hope will raise the awareness of family violence and mobilize preventative action. An additional 80 to 100 emergency shelter units will also be created, as an extension of Project Haven, to provide temporary shelter for 4,000 women and children annually. Finally, a national data base on family violence will be established to enhance national co-ordination and information exchange.

Further indication of the government's commitment to the elimination of violence came in the Speech from the Throne a few weeks ago when we announced that we would be establishing a panel of knowledgeable Canadian women and men to examine fully the many dimensions of violence against women and to suggest innovative solutions. We are working very hard on this at the moment.

I have consulted with and written to women's groups across the country, with federal-provincial ministers, the advisory council, to obtain their advice on the mandate and the composition of the panel, and I hope that we will be able to have all that brought together with the appropriate decisions to make the announcements early in the summer.

One of the documents that the panel obviously will want to consider is the report of the parliamentary Subcommittee on the Status of Women. I know that you heard from, I think, 35 presenters and the intention is certainly not to duplicate that work but to take that work as a base and move on from it. I hope we are going to have your report soon.

The Chair: Yes.

[Traduction]

Collaboration avec les responsables d'Industrie, Sciences et Technologie Canada pour fournir des conseils sur diverses initiatives visant à promouvoir l'égalité pour les femmes dans les sciences et le génie.

Participation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux à la préparation de la Déclaration du lac Louise sur la violence envers les femmes, émise par les ministres responsables de la condition féminine du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires en juin 1990, et à l'élaboration d'un plan sur tous les aspects de la violence contre les femmes, dont nous parlerons à notre prochaine réunion, qui se tiendra dans deux semaines à Terre-Neuve.

Les questions de violence familiale et les questions plus générales de la violence faite aux femmes sont des priorités fondamentales pour moi-même et pour Condition féminine Canada. En février 1991, j'ai annoncé, avec d'autres, qu'une somme de 136 millions de dollars, répartie sur quatre ans, serait consacrée à une initiative renouvelée sur la violence familiale. Cette nouvelle initiative augmente et intègre les autres politiques et programmes fédéraux ayant trait à la violence familiale et à l'exploitation sexuelle des enfants. Bon nombre des nouvelles mesures se concentrent sur les femmes et les enfants, qui sont le plus souvent les victimes d'actes violents.

Dans le cadre de la nouvelle initiative, des fonds seront fournis pour 500 projets dans les collectivités. Ces projets sensibiliseront davantage les gens à la violence familiale et permettront de prendre des mesures préventives. De plus, l'initiative suscitera l'ouverture de 80 à 100 refuges d'urgence supplémentaires, un prolongement de l'Opération refuge. Ces refuges temporaires serviront à héberger 4,000 femmes et enfants chaque année. Enfin, on constituera une base de données nationales sur la violence familiale pour accroître la coordination et les échanges de renseignements à l'échelle nationale.

Le gouvernement a aussi fait sa part de son engagement à éliminer la violence dans le discours du Trône il y a quelques semaines; il a annoncé la formation prochaine d'un comité de Canadiennes et de Canadiens très compétents qui seront chargés d'examiner à fond les multiples dimensions du problème de la violence faite aux femmes et de présenter des solutions nouvelles. Nous y travaillons très fort en ce moment.

Je consulte présentement les groupes de femmes de tous les coins du pays ainsi que les ministres responsables de la condition féminine des provinces et des territoires pour obtenir leur avis sur le mandat et la composition du comité. J'espère qu'une annonce pourra être faite à ce sujet au début de l'été.

Un des documents sur lesquels le comité voudra se pencher est le rapport du sous-comité parlementaire de la condition féminine. Vous avez entendu 35 témoins, me semble-t-il, et il n'est donc pas question de refaire le même travail. Nous allons donc travailler à partir de ce rapport, dès que nous l'aurons, bientôt j'espère.

La présidence: En effet.

[Text]

Mrs. Collins: Certainly, we remain committed to achieving economic equality for Canadian women. As part of this commitment, in the past year we have been working with aboriginal women—actually it has been over the past few years—to develop a plan of action to promote their economic well-being. This plan was adopted by my provincial and territorial colleagues at our annual meeting in June 1990.

This plan forms the basis of the activities of the Aboriginal Women and Economic Development Steering Committee and project co-ordinator. Membership of the committee was announced in March 1991 and is reflective of three national aboriginal women's organizations in addition to native women experts in this field.

Status of Women Canada will administer the federal funding for this initiative. This is quite unusual for us. Usually we are not directly involved; it is some other departments. In this case we are the actual managers of the program so I am quite excited about that. I have met with the committee at their first meeting. The funding is coming from four different departments over a four-year period.

The start-up costs for the last fiscal year were \$10,000 from each department, then for the next four years it will be \$50,000 from each of the departments for a total of \$200,000 per department each year for a total of \$840,000 over the life of the initiative. I am not sure if you have seen the ads or not. The committee is presently advertising for a co-ordinator who will be based here with the Native Women's Association to be the co-ordinator in terms of getting the aboriginal economic strategy under way.

It is really an excellent committee. We are hoping at their next meeting we will be able to. . . Well, I think the next meeting is July when a lot of people will be away, but in September or some time when we are all back, I hope we will be able to have a chance to meet perhaps with the committee and others who are interested.

Equality in education and training is a cornerstone to achieving lasting economic equality for Canadian women. To ensure equality in education, we have to act on many fronts, from eliminating sex stereotyping in education materials to encouraging girls to consider a wider variety of non-traditional career opportunities.

We continue to be actively involved in addressing the needs of girls and women in relation to the government's labour force development strategy and the ministers responsible for the Status of Women will be meeting with the Ministers of Education in September of this year to discuss these issues with them.

We are also working with ISTC to promote equality for women in the sciences and engineering. You probably read the press reports last month from the meeting in Fredericton where the Canadian Committee on Women in Engineering,

[Translation]

Mme Collins: Notre gouvernement tient toujours à ce que toutes les Canadiennes parviennent à l'égalité sur le plan économique. Ainsi, Condition féminine Canada collabore avec des femmes autochtones depuis quelques années en vue d'élaborer un plan d'action visant à promouvoir le bien-être économique. Le plan a été adopté par mes collègues responsables de la condition féminine dans les provinces et les territoires et moi-même, à notre rencontre annuelle en juin 1990.

Ce plan constitue la base des activités du Comité directeur sur les femmes autochtones et le développement économique, et du coordonnateur de projet. La composition du comité a été annoncée en mars 1991 et elle reflète la participation des trois associations nationales de femmes autochtones et de femmes autochtones expertes dans ce domaine.

Condition féminine Canada administrera les fonds fédéraux consacrés à cette initiative. C'est une chose que nous n'avons pas du tout l'habitude de faire. Généralement, nous ne participons pas directement à l'administration des fonds, ce sont plutôt d'autres ministères qui s'en chargent. C'est donc quelque chose de tout à fait nouveau, et cela m'enthousiasme beaucoup. J'ai déjà rencontré les membres du comité, lors de la première réunion qu'ils ont tenue. Ces fonds vont provenir de quatre ministères différents, pendant une période de quatre ans.

Les frais de démarrage pour l'année financière qui vient de s'écouler étaient de 10,000\$ pour chaque ministère; pour les quatre prochaines années, chaque ministère financera le projet à raison de 50,000\$ chacun, ce qui fait en tout 200,000\$ par ministère en quatre ans, soit un total de 840,000\$ pour la durée de l'initiative. Je ne sais pas si vous avez vu les annonces mais le comité recherche actuellement une coordonnatrice qui sera responsable de l'élaboration de la stratégie globale et qui travaillera ici, au sein de l'Association des femmes autochtones.

Les membres de ce comité sont extrêmement compétents. Nous espérons qu'à la prochaine réunion, nous pourrions. . . Je crois qu'elle aura lieu en juillet, alors que plusieurs membres seront en vacances, mais à l'automne, lorsque tout le monde sera de retour, j'espère que nous aurons l'occasion de rencontrer des membres de votre comité et de toutes autres personnes intéressées.

L'égalité en matière d'éducation et de formation est un élément primordial si l'on veut parvenir à une égalité économique durable pour les Canadiennes. Pour garantir une véritable égalité en matière d'éducation, nous devons agir sur de nombreux fronts, depuis l'élimination des stéréotypes sexuels dans le matériel didactique jusqu'à l'encouragement des jeunes filles à envisager une grande variété de choix de carrière non traditionnels.

Condition féminine Canada continue de participer activement à l'évaluation des besoins des jeunes filles et des femmes relativement à la Stratégie du gouvernement pour la mise en valeur de la population active. Les ministres responsables de la condition féminine rencontreront les ministres de l'Éducation en septembre pour discuter de toutes ces questions.

Nous travaillons également avec Industrie, Sciences et Technologie Canada à promouvoir l'égalité pour les femmes dans les sciences et le génie. Vous avez sans doute lu, dans le journal, que le mois dernier, à Fredericton, au Nouveau-

[Texte]

which was chaired by Dr. Monique Frize, wrapped up its series of public hearings across Canada and published its report on ways to encourage more women to pursue a profession. That is going to become increasingly important in a knowledge-intensive economy. I attended their hearing in Toronto. We have been following it very closely and they have made some excellent recommendations.

Last November I joined with the president of the National Research Council, Dr. Pierre Perron, to announce the creation of an NRC training program and scholarships to help increase the participation of women in science and engineering. That was really an initiative that came out of, in fact, the December 6 Polytechnique, and there have been two recommendations that many groups have put forward.

• 1020

One was the request for more scholarships in science and engineering, and the second for Centres of Excellence. Centres of Excellence is not complete as yet, but is nearing completion, and the scholarship program with NRC has been announced. So again, I think that is a good example of where women's groups and organizations have been putting forward ideas that we have been able to implement.

We have also been very active in the government's efforts to improve the situation of federally sentenced women. Kay Stanley sat on the task force that released its report in April, and last September the then Solicitor General, Pierre Cadieux, and I announced that we would be closing the Kingston penitentiary in Kingston and replacing it with four regional facilities and a healing lodge for female aboriginal offenders.

I have been encouraging Doug Lewis to move on this. I think it is very important. I was in Saskatchewan last week and I know the problems they are facing out there. The sooner we can get those facilities under way, the better.

In May 1990, again the provincial and territorial colleagues responsible for the status of women adopted a three-year action plan to examine the impact on women of criminal justice legislation policies and programs, and we are also working with the Attorneys General.

They set up a task force and we set up a task force on this issue. We have now brought them together, so hopefully our efforts will coincide, although we may have somewhat different perspectives on some issues that will have to be worked out.

[Traduction]

Brunswick, le Comité canadien sur les femmes et l'ingénierie avait conclu sa série d'audiences publiques dans tout le Canada et publié son rapport sur les façons d'encourager les femmes à choisir une profession qui aura de plus en plus d'importance dans notre économie à forte concentration de savoir. J'ai assisté aux audiences que ce comité a organisées à Toronto, et nous suivons de près ses travaux car il a déjà fait d'excellentes recommandations.

En novembre dernier, j'ai eu le plaisir d'annoncer avec le président du Conseil national de recherches, M. Pierre Perron, la création d'un programme de formation et de bourses d'études du CNRC visant à accroître la participation des femmes dans les sciences et l'ingénierie. C'est une initiative qui, en fait, a été prise à la suite de la tragédie du 6 décembre à l'École Polytechnique. Deux recommandations avaient été faites par bon nombre de groupes.

La première recommandation visait à augmenter le nombre de bourses d'études en sciences et en génie, la deuxième, à créer davantage de centres d'excellence. Cette deuxième recommandation n'a pas encore fait l'objet de décisions précises, mais cela ne saurait tarder; en ce qui concerne le programme de bourses d'études, l'annonce en a déjà été faite avec le Conseil national de recherches. Vous avez donc là un exemple de l'application que nous avons pu faire de certaines des recommandations faites par des groupes de femmes.

Condition féminine Canada joue aussi un rôle important sur le plan des tentatives du gouvernement pour améliorer la situation des femmes purgeant une peine fédérale. Kay Stanley faisait partie du groupe de travail qui a publié son rapport en avril; en septembre dernier, le solliciteur général d'alors, Pierre Cadieux, et moi-même avons annoncé que nous fermerions le pénitencier de Kingston pour le remplacer par quatre établissements régionaux et par un pavillon de ressourcement pour les délinquantes autochtones.

Depuis, j'encourage Doug Lewis à prendre des mesures dans ce domaine, car cela me paraît très important. J'étais en Saskatchewan la semaine dernière, et je me rends compte qu'ils ont de graves problèmes là-bas. Il faut que ces établissements ouvrent le plus vite possible.

En mai 1990, mes collègues responsables de la condition féminine dans les provinces et les territoires et moi-même avons adopté un plan d'action triennal pour examiner l'impact des lois, des politiques et des programmes concernant le système pénal sur les femmes. À ce sujet, nous collaborons étroitement avec les ministres de la Justice provinciaux.

Ils ont constitué un groupe de travail, et nous en avons fait autant de notre côté. Il s'agit maintenant de conjuguer tous ces efforts, et nous espérons que nous y parviendrons, même si les perspectives sont parfois quelque peu différentes sur certaines questions.

[Text]

On Monday I will be joining Justice Minister Kim Campbell at the National Symposium on Women, Law and the Administration of Justice, which is being held in Vancouver. I think it is a very important next step. It will be bringing together experts primarily in the field—judges, lawyers and women from across the country—to deal with many areas of law which have an adverse effect on women.

They are looking at criminal law, family law, tax law, sentencing, judicial education. The issue of general equality will be looked at both from a substantive and a procedural viewpoint and from the perspective of the participants in the judicial system. Kim and I have talked about this quite a lot and we are really hoping that the symposium will really move us forward on this issue.

I will then be attending the Western Judicial Education meeting in Yellowknife later in June. We will be looking at the justice system and gender and the justice system and aboriginal people, which is another step along the way to raise awareness on these issues.

We are here to talk about estimates and I think you have the book in front of you. You will notice a decrease in the department's financial requirements this year over last year. The decrease of \$472,000 or 10.6% brings the agency's financial requirements for 1991-92 to a total of \$3.9 million.

The reduction is primarily due to the completion of the meeting of Commonwealth Women's Affairs Ministers held in Ottawa. That was a total cost of \$882,000 over two fiscal years, and we had had a special allocation for that conference. So therefore our amount for this year is down, because it does not include that.

We were indeed very privileged to host this meeting. In addition to the organizational responsibilities for the meeting, we worked very closely with External Affairs and CIDA to develop the substantive aspects of Canada's participation. We co-ordinated the preparation of a declaration on women and structural adjustment, which we hope is going to go to the heads of government meeting for the Commonwealth later this year. We developed an overall strategy document for government action to achieve economic equality for women, and both were adopted by the ministers.

We also co-ordinated the preparation of Canada's third report to the United Nations respecting the implementation of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women in 1991. At the 35th session, Kay Stanley headed up our delegation and was successful in obtaining support from all regions for an international instrument, which will require countries as signatories to recognize violence against women as a crime and to adopt measures to counter it. An expert group meeting will be held in November 1991 to further develop this proposal.

[Translation]

Lundi, je vais assister avec ma collègue, la ministre de la Justice, Kim Campbell, au Colloque national sur la femme, le droit et la justice, qui se tiendra à Vancouver. À mon avis, il s'agit-là d'une manifestation très importante, car elle va permettre de réunir des experts en la matière, c'est-à-dire des juges, des avocates et des femmes de toutes les régions du pays, qui auront ainsi l'occasion de discuter des nombreux aspects du droit qui ont un impact négatif sur les femmes.

Elles vont également examiner le droit pénal, le droit de la famille, le droit fiscal, la détermination des peines et l'éducation en matière judiciaire. On examinera également la question de l'égalité des sexes du point de vue de la substance et des procédures, tout comme du point de vue des intervenants du système judiciaire. J'en ai déjà beaucoup parlé avec Kim, et nous espérons que ce symposium nous permettra de faire beaucoup de progrès dans ce domaine.

Je vais également assister à la Conférence sur la «Western Judicial Education» qui se tiendra à Yellowknife à la fin du mois. Il y sera question du système judiciaire vis-à-vis des femmes et vis-à-vis des autochtones, ce qui nous permettra d'améliorer encore notre niveau de sensibilisation.

Nous sommes ici pour parler du budget, et je crois que vous avez tous devant vous le Livre bleu. Vous y constaterez une diminution des besoins financiers du ministère par rapport à l'année dernière. Cette diminution de 472,000\$, soit 10,6 p. 100, ramène les besoins financiers de l'organisme à un montant total de 3,9 millions de dollars pour 1991-1992.

La réduction du budget est surtout due au fait que la troisième réunion des ministres de la Condition féminine du Commonwealth, qui se tenait à Ottawa, est maintenant terminée. Son coût s'est élevé à 882,000\$, mais nous avons reçu un crédit spécial pour cette conférence. Étant donné que cette conférence ne se répétera pas l'année prochaine, nos besoins financiers ont donc diminué pour 91-92.

Le Canada a donc eu le privilège d'accueillir les délégués de cette conférence. En plus de s'être occupée de l'organisation de la réunion, Condition féminine Canada a collaboré étroitement avec le ministère des Affaires extérieures et l'ACDI pour élaborer les aspects importants de la participation du Canada. Nous avons coordonné la préparation de la déclaration sur l'adaptation structurelle et la situation de la femme et rédigé un document sur la stratégie d'ensemble pour les mesures gouvernementales visant à faire en sorte que les femmes parviennent à l'égalité économique. Les deux documents ont été adoptés par les ministres à la réunion.

Condition féminine Canada a aussi coordonné la préparation du troisième rapport du Canada aux Nations Unies concernant la mise en oeuvre de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes, en 1991. À la 35^e session, Kay Stanley, qui dirigeait notre délégation, a réussi à obtenir le soutien de toutes les régions pour que soit adopté un instrument international qui obligera les pays signataires à reconnaître que la violence faite aux femmes est un délit et à adopter des mesures pour lutter contre ce problème. Un groupe d'experts se réunira en novembre 1991 pour étayer la proposition.

[Texte]

Some of you may know that we moved. That is a big job when there are only 50 people; it takes a lot of effort. I invite you all to come and see our new offices. They really are great. It is so nice. We feel as if we have gone from the basement to the penthouse almost. It has been great for morale. We have also embarked on a complete office automation initiative to improve our systems capabilities.

• 1025

In the coming year we will focusing our efforts on the following areas: addressing violence against women by assisting the work of the recently announced panel on this issue and by working with federal, provincial and territorial levels of government, particularly in the area of prevention; administering the funding to implement the Plan of Action for Aboriginal Women and Economic Development; working with the Department of Justice to promote gender equality in the justice system; preparing the 1991 legislative review of the Employment Equity Act in collaboration with Employment and Immigration Canada and women's groups; and continuing to monitor implementation of the federal government's strategy for the integration of work and family responsibilities.

These efforts at achieving economic and social equality and the elimination of violence against women are aimed at reducing the systemic disadvantages that women as a group have known: poor wages, undervalued work, social violence and underrepresentation in Canada's Parliament, legislatures, city councils, courts and agencies.

What is to be done to reverse these disadvantages? I believe the answer lies in an effective and co-ordinated approach to empower women and to change the attitudes that are at the heart of discrimination against women. Such an approach cannot be taken just by the people around this table. We play a role, but it has to involve educators, the voluntary sector, the judiciary, professionals, researchers, front-line workers, community organizations, business, labour, and all levels of government. We must enhance and further develop partnerships to achieve these goals. We must remember that not only do women have a stake in the fulfilment of real equality and freedom from violence, but every member of society stands to benefit from women's achievement of full and equal opportunities in every aspect of life as we look forward to meeting the economic and social challenges of the 21st century.

I would like to thank you for your attention. I would also just like to say to my colleagues Mary Clancy and Dawn Black that within this system of government where everything is always supposed to be adversarial or political, I think it has been good sometimes that we have been able to do some things together. I particularly congratulate Dawn on the private member's bill that she brought forward for the commemoration of a day against violence against women and

[Traduction]

Certains d'entre vous savent que nous avons beaucoup avancé dans ce domaine. C'est une tâche très importante, d'autant plus que nous ne sommes qu'une cinquantaine de personnes. Je vous invite tous à venir voir nos nouveaux bureaux. Ils sont fantastiques. Nous avons l'impression d'être passés du sous-sol au penthouse. Cela nous a fait beaucoup de bien, surtout au moral. Nous nous sommes également engagées dans un processus d'automatisation total afin d'améliorer nos systèmes et nos procédures de bureau.

En 1991-1992, nous nous concentrerons sur les points suivants: la violence faite aux femmes, en aidant le comité dont on a récemment annoncé la formation et en collaborant avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, en particulier dans le domaine de la prévention; l'administration des fonds pour la mise en oeuvre du Plan d'action pour le développement économique de la femme autochtone; la collaboration avec le ministère de la Justice pour promouvoir l'égalité des sexes dans le système judiciaire; la préparation de la révision législative de 1991 de la Loi sur l'équité en matière d'emploi, avec la collaboration d'Emploi et Immigration Canada et des groupes de femmes et la continuation de la surveillance de la mise en oeuvre de la stratégie du gouvernement fédéral pour l'intégration du travail et des responsabilités familiales.

Ces travaux destinés à parvenir à l'égalité économique et sociale et à éliminer la violence faite aux femmes sont axés sur la réduction des désavantages systématiques propres aux femmes: piètres salaires, travail sous-évalué, violence sociale et sous-représentation au Parlement du Canada, aux assemblées législatives, dans les conseils municipaux, les tribunaux et les organismes.

Que doit-on faire pour supprimer ces désavantages? Je crois que la réponse réside dans une approche efficace et coordonnée visant à donner des pouvoirs aux femmes et à changer les attitudes qui sont au coeur de la discrimination contre les femmes. Une telle approche met à contribution les éducateurs, le secteur bénévole, le système judiciaire, les professionnels, les chercheurs, les travailleurs de première ligne, les organismes communautaires et tous les paliers de gouvernement. Nous devons accroître et développer davantage les partenariats pour l'atteinte de ces objectifs. Nous devons nous rappeler non seulement que la véritable égalité et l'absence de violence profiteront aux femmes, mais aussi que chaque membre de la société pourra bénéficier du fait que les femmes jouiront d'une entière liberté et de l'égalité dans tous les aspects de la vie, au moment où le Canada relèvera les défis économiques et sociaux du XX^e siècle.

Je vous remercie de votre attention. J'aimerais ajouter, à l'intention de mes collègues, Mary Clancy et Dawn Blake, qu'au sein de ce gouvernement, où tout est toujours censé être de nature politique ou sectaire, nous nous réjouissons d'avoir parfois pu accomplir certaines choses en commun. Je félicite en particulier Dawn de son projet de loi d'initiative parlementaire en faveur d'un jour commémoratif contre la violence infligée aux femmes, et de l'appui donné à ce projet

[Text]

the support this received from Mary and from all parties. I see that as a bit of a beacon of hope out there. Sometimes we are able to work together across boundaries; everything is not always politicized. Sometimes we can work together for what I think is the real good of women, and for Canadian society.

The Chair: I would like to welcome Kay Stanley and Louise Bergeron-de Villiers from the department.

Ms Kay Stanley (Co-ordinator, Status of Women Canada): Madam Chair, I apologize for being a little late. It is a 10-minute walk from the office if you get all the green lights.

Mrs. Collins: We have not had any red lights yet.

Mrs. Clancy (Halifax): Madam Chair, congratulations on your new position. Welcome, Madam Minister and the staff from the Status of Women. I would like to echo the minister's comments about at least a new dawn of co-operation.

I have a number of questions I would like to ask but I am going to start, Minister, with the blue ribbon panel. Perhaps I am too early on this, but will this panel be reporting to a specific minister, and if so, will that be you?

Mrs. Collins: I hope so. Again, we are putting together a package to take to Cabinet, and it has to be approved at this point, but that would seem to be logical.

Mrs. Clancy: I gathered from your comments and your presentation that the timeframe is not yet fully solidified. Would this be because you are still working on the terms of reference?

• 1030

Mrs. Collins: That is right.

Mrs. Clancy: Okay. Again, perhaps this point may be premature, but I have absolutely no problem whatsoever with having men on the panel, but—

Mrs. Sparrow (Calgary Southwest): They should be.

Mrs. Clancy: My concern would be, as has been echoed many times in our hearings, of which we hope we will be getting the results to you as soon as possible, the absolute necessity of having people on this panel whose tradition and experience is rooted in the front line of fighting violence against women. I wonder if you would make a comment on that.

Mrs. Collins: Yes. Certainly, I agree. My concept of the panel is that these are women and men who are well experienced. We are not just picking people because they are perhaps very successful in business, but we are looking at people who already have a lot of experience and expertise in this field so that they are not starting to learn. We do not have time for that and we need to take people who have been involved. They may not be front-line workers right now, but they may have been involved at a certain period in time and may have different perspectives, such as the criminal justice perspective and a variety of things relevant to what you are trying to put together, so that they can begin from a running start.

[Translation]

de loi par Mary et par tous les partis. J'y vois comme un rayon d'espoir, car cela prouve qu'une coopération entre nous est possible, que tout n'est pas motivé par la politique. Quand le bien de la femme, et de la société canadienne, est en jeu, nous sommes capables d'un effort commun.

La présidence: Je voudrais souhaiter la bienvenue à Kay Stanley et à Louise Bergeron-de Villiers, du ministère.

Mme Kay Stanley (coordonnatrice, Condition féminine du Canada): Excusez-moi de mon retard, madame la présidente: de mon bureau, à pied, il faut compter 10 minutes, lorsque tous les feux sont verts.

Mme Collins: Nous n'avons pas encore eu de feux rouges.

Mme Clancy (Halifax): Je vous félicite de votre nouveau poste, madame la présidente. Je souhaite la bienvenue à madame la ministre ainsi qu'au personnel de la Condition féminine. A l'instar de madame la ministre, je me réjouis de voir un bel exemple de collaboration.

J'ai plusieurs questions à poser mais je voudrais commencer, madame la ministre, par le comité de Canadiens et de Canadiennes très compétents. Ma question est peut-être prématurée, mais ce comité sera-t-il responsable envers un seul ministre et, dans l'affirmative, est-ce de vous qu'il s'agit?

Mme Collins: Je l'espère. Là encore, nous préparons un ensemble de propositions à présenter au Cabinet, dont nous devons obtenir l'approbation, mais je pense qu'elle ira de soi.

Mme Clancy: D'après ce que vous disiez, vous n'avez pas encore fixé de calendrier. Est-ce parce que vous êtes encore occupée à préparer le mandat?

Mme Collins: C'est exact.

Mme Clancy: Là encore, ma remarque paraît prématurée, mais je ne vois aucune objection à ce que des hommes siègent à ce comité; cependant...

Mme Sparrow (Calgary-Sud-Ouest): Ils devraient y en avoir.

Mme Clancy: Cependant je trouve nécessaire, comme il a souvent été dit lors de nos audiences dont vous devriez sous peu recevoir les résultats, que siègent à ce comité des gens qui ont une longue expérience personnelle de la lutte contre la violence infligée aux femmes. Quelle est votre opinion là-dessus?

Mme Collins: Je suis certainement d'accord avec vous. Ce comité doit être constitué de femmes et d'hommes de grande expérience; nous ne voulons pas simplement désigner des gens qui ont du succès dans les affaires, nous cherchons des gens que tout a préparé à cette tâche, car nous n'avons pas le temps de prendre des novices, il nous faut des gens qui aient déjà une grande expérience de la question, même s'ils ne sont pas nécessairement engagés dans cette lutte à l'heure actuelle, mais ils doivent y avoir participé à un certain moment de leur vie; ils doivent également présenter des points de vue différents, par exemple celui de la justice pénale, et d'autres questions pertinentes à la mission que vous vous êtes donnée, afin que le démarrage puisse se faire rapidement.

[Texte]

You talk about timeframe. I want to keep moving on this. The idea is not to set off the process and tell them to go away and study this issue for two years and then come back. I do not think we need to do that.

Mrs. Clancy: No, we need solutions quickly.

Mrs. Collins: Yes.

Mrs. Clancy: I realize the level of awareness of this issue, and with the greatest of respect to my male colleagues both in this room and outside, there is sometimes an awareness level that needs to be reached. If this has to be achieved, there are lots of men for whom that awareness level has already been reached. I do not have a problem with that, but that would be my caveat in order to make sure we do not have to do an educative job before getting the thing off the ground.

Mrs. Collins: There are a few men around that we can. . .

My other concern with the blue ribbon panel is one of the aspects that became eminently clear in the subcommittee hearings. We have discussed this concern before, but I would just like to put it on the record. It is almost a two-pronged issue with regard to the empirical evidence vis-à-vis what we, for lack of a better word, call anecdotal evidence on the incidents and the causes of violence against women.

I would hope that some component of this panel would be looking at the issue from an empirical point of view. I am almost of two minds on this aspect. But given the experience of women, we should also be working on giving anecdotal evidence its own place in the scholarly and evidentiary picture, provided it is well documented. Given that we must crawl before we can walk and that we are so lacking in actual empirical evidence—this we were told by numerous faculty members in various fields during these hearings—I would hope there will be a component of this kind.

I wonder if you could comment.

Mrs. Collins: Yes, I hope there will be a component of research and data collection, which will hopefully tie in with what is going on in other areas. You are not starting from scratch. There is, through the national clearing-house, the data research centre or other areas that are already doing research in this field. But there will also be the empirical component, with the opportunity for women to talk about the issue themselves.

Mrs. Clancy: The anecdotal component.

Mrs. Collins: Yes.

Mr. Wilbee (Delta): I will try to keep my remarks brief, but I would like to congratulate Dawn. The reason I was late today was because of a different type of green light. My job was to report to the House on Dawn's bill.

It was a delight to report to the House this morning on the report of the legislative committee and to remark to the House that it is the only committee I have ever been on in which all the members sat on one side because they all wanted to be identified with it. The speeches were pretty unanimous that this bill is what we need. So again Dawn is to be congratulated. That bill has now gone back to the House and we are another step further along.

[Traduction]

Vous parlez d'un calendrier, je tiens à ce qu'il n'y ait pas de délais. Nous n'avons pas l'intention de mettre le comité sur pied pour lui dire ensuite d'étudier la question et de revenir nous en parler dans deux ans. Ce n'est pas cela qu'il nous faut.

Mme Clancy: Non, il nous faut des solutions rapides.

Mme Collins: C'est exact.

Mme Clancy: Je connais le degré de sensibilité à cette question, et en toute déférence envers mes collègues masculins, ici et ailleurs, il importe parfois d'insister sur son urgence. Il y a certes beaucoup d'hommes qui en sont conscients, et j'en suis heureuse, mais j'insiste là-dessus car nous n'avons pas le temps de préparer le terrain avant de passer à l'action.

Mme Collins: Il y a certains hommes que nous pouvons. . .

Il y a un des aspects de ce comité qui a pris beaucoup de relief lors des audiences en sous-comité, et nous en avons déjà discuté, mais je voudrais revenir là-dessus aux fins du compte rendu. C'est la question des témoignages factuels sur les incidents et les causes de la violence contre les femmes.

J'espère que certains membres de ce comité voudront bien examiner la question sous l'angle des faits. Sur ce point je suis plutôt partagée, mais compte tenu de l'expérience des femmes, nous devrions songer à donner aux témoignages factuels leur place dans l'ensemble des témoignages et des études, à condition que ceux-ci s'appuient solidement sur des documents. En effet, nous manquons de données empiriques et il faut bien procéder dans un certain ordre—comme nous l'ont dit de nombreux spécialistes de tous les domaines, des milieux universitaires, au cours de ces audiences. J'espère donc qu'une partie de ce comité se consacrera à cette question.

Quelle est votre opinion?

Mme Collins: J'espère effectivement qu'il y aura une part de recherches et de collectes des données qui sera rattachée à d'autres questions. On n'a quand même pas à réinventer la roue. Il existe un centre national de collecte des données, et la recherche sur cette question se fait également dans d'autres instances, mais il y aura également cet élément empirique, et les femmes seront conviées à parler elles-mêmes de la question.

Mme Clancy: C'est l'élément factuel.

Mme Collins: C'est bien cela.

M. Wilbee (Delta): Je vais essayer d'être aussi bref que possible, mais j'aimerais féliciter Dawn. Mon retard d'aujourd'hui est dû à une autre catégorie de feu vert. J'ai été chargé de faire rapport à la Chambre sur le projet de loi de Dawn.

C'était un plaisir pour moi de rendre compte à la Chambre, ce matin, du rapport du comité législatif, et de lui faire remarquer que c'est le seul comité, de tous ceux auxquels j'ai siégé, où les membres étaient assis d'un seul côté parce qu'ils refusaient les divisions coutumières. À la quasi-unanimité, il a été reconnu que ce projet de loi était nécessaire, et je voudrais de nouveau en féliciter Dawn. Le projet de loi a été renvoyé devant la Chambre, et nous avons atteint l'étape suivante.

[Text]

Mrs. Collins: Good.

• 1035

Mr. Wilbee: As I read through your report I found that as with most reports there were a lot of generalities. Do you have any specific programs that you are introducing this year to reduce violence against women? I have my own feelings and thoughts about violence. I am not sure that men are more violent against women than they are against other men; it is just that it is very unequal. You have more muscle mass against less, and men by nature tend to resolve differences by violence.

Is there anything on the books to assist men in learning new ways of overcoming frustration? We get frustrated, so we go out and play football or something and take out our frustrations, or beat up our wives or girlfriends or whatever it may be. Of course, this is okay on a football field but not at home. Are we doing anything to train men to learn to talk about their frustrations?

It is a very unequal thing. If I tried to argue with my wife, she could out-reason and out-rationalize me. So I have to learn to be able to think as she does. Is there anything that we are doing to assist men? We talk about assisting women all the time but are there specific educational programs we are working on to provide men with tools other than their fists? I am being very. . .

Mrs. Collins: I know exactly what you are talking about, Dr. Wilbee. We do not administer programs at Status of Women Canada. We are primarily a co-ordinating agency.

The Family Violence Initiative is where, at the federal level, there is funding for various kinds of pilot projects which groups or organizations may wish to do. An example that I am familiar with would be the Thumbs Down project, which the Canadian Teachers' Federation developed with the assistance of that initiative. They prepared lessons to be used in helping young people—starting in kindergarten and running right through grade 12—deal with some of these issues in the school room. Some of the lessons talk about how you deal with your emotions and what the alternatives to fighting are.

As well, in some of the schools they have been developing conflict resolution programs. I recently met a woman here in Ottawa who is very involved in this field of conflict resolution. They have been putting on programs to assist students in resolving conflicts between them. I think this is also happening in other parts of Canada. At the high school level they have set up a mentor type of system to help them deal with these kinds of conflicts.

For adult men, there have been programs for batterers. I think the jury is out in terms of their success. Again, I do not consider myself an expert. The committee may have heard some material.

[Translation]

Mme Collins: Très bien.

M. Wilbee: Votre rapport, comme la plupart des rapports, contient beaucoup de généralités. Y a-t-il un programme spécifique mis en place cette année pour réduire la violence contre les femmes? Sur cette question, j'ai bien mes idées. Je doute d'ailleurs que les hommes soient plus violents envers les femmes qu'ils ne le sont entre eux; c'est simplement que la lutte est inégale. L'homme est physiquement plus fort que la femme, et sa nature l'incite à résoudre les différends par la violence.

Est-ce qu'on a songé à aider les hommes à trouver de nouveaux exutoires à leurs frustrations? Quand nous sommes contrariés, nous faisons une partie de ballon ou nous nous livrons à une autre activité pour nous calmer, ou bien nous pouvons nous en prendre à notre femme ou à notre compagne, par exemple. Extérioriser ses frustrations, c'est tout à fait acceptable sur un terrain de football, mais ça ne l'est pas dans son foyer. Est-ce qu'on a entrepris quelque chose pour enseigner aux hommes à parler de leurs frustrations?

Les hommes et les femmes ne raisonnent pas de la même manière: quand je discute avec ma femme, elle arrive toujours, par raisonnement, à me prouver que j'ai tort. Je dois donc apprendre comment elle raisonne. Est-ce que nous avons songé à aider les hommes. Il est toujours question d'aider les femmes, mais a-t-on songé à munir les hommes d'outils autre que leurs poings. Je me montre là très. . .

Mme Collins: Je sais très bien de quoi vous parlez, monsieur Wilbee, mais à la Condition féminine Canada nous n'avons pas de programmes, nous sommes simplement un organisme de coordination.

C'est dans le cadre de l'Initiative en matière de violence familiale qu'on trouve, au niveau fédéral, des fonds pour divers projets pilotes qui intéressent certains groupes ou organismes. Un exemple que je connais bien, c'est celui du projet «Thumbs Down», mis au point par la Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants en collaboration avec le personnel de l'Initiative en matière de violence familiale. Il s'agit de leçons destinées à aider les jeunes—depuis le jardin d'enfants jusqu'à la douzième—à se pencher, en classe, sur certains de ces problèmes, par exemple la façon de faire face à ses émotions et de régler les problèmes autrement que par les coups.

Dans certaines des écoles, il existe également des programmes de résolution de conflits, et j'ai récemment rencontré, à Ottawa, une femme qui s'occupe beaucoup de cette question. Il s'agit d'aider les élèves à résoudre les conflits qui surgissent entre eux, et je crois que cela se fait aussi dans d'autres régions. Il existe, dans certaines écoles secondaires, un programme où une personne sert de conseiller pour résoudre ce genre de conflits.

À l'intention des hommes adultes, il existe des programmes pour ceux qui battent leur femme ou leur compagne. Je crois que les résultats sont mitigés mais là encore je ne me considère pas comme spécialiste. Le comité en a sans doute entendu parler.

[Texte]

Dr. Jaffe from London is one of the experts in this area. From what I understand, he has done some very good work in this area. Others may not have been so successful. I am not sure if we really know what works and what does not work at this point. I think that is something that needs to be looked at.

There are other things, too. Ken Fisher, a member of the Canadian Advisory Council on the Status of Women, has formed some men's groups here in Ottawa, sort of along the lines you are talking about, where men can get together and talk about some of their feelings and frustrations. So little bits are being done but men often seem to have difficulty doing that. They will go into the locker rooms and joke and clown around, but they seem to have more difficulty sitting down and talking about their feelings.

Mrs. Sparrow: Because they have been taught not to.

Mrs. Collins: Yes, because they have been taught not to, that it is unmanly. You are a physician. I still do not know whether this is a biological difference between men and women, whether it is a learned difference, or whether it is a combination of the two.

Mr. Wilbee: We could discuss this all day. It is a fascinating point.

• 1040

Mrs. Collins: And I think it is something we need to discuss if we are going to get to the root causes. How do you change attitudes unless you really do know why you behave the way you do? Is it something you learned at your mother's knee? Is it something that is biologically inherent, that men are more aggressive because they used to be the hunters and their genes are different? If they are, how do you adapt that to the new world where some of that aggression is...? You have to find outlets for it but the outlets are not appropriate if they are imposing their will through physical violence against someone else, another human being, or an animal, a dog or cat.

The Chair: Thank you.

Mrs. Collins: Sorry for the long answer.

Ms Black (New Westminster—Burnaby): Thank you for the comments you made early on. It is important to say also that without the support of you, Minister, and of Mrs. Clancy the bill would not have got as far as it has, and very quickly too. Thank you very much. It is a pleasure to work co-operatively on a small step forward to promote the end of violence against women.

I want to ask some questions about the budget. The budget speech indicated that \$75 million was going to be cut from advocacy groups and organizations. None of those decisions has been made public yet.

[Traduction]

Dans ce domaine, l'un des spécialistes est le Dr Jaffe, de London, qui semble avoir obtenu d'excellents résultats, mais on ne peut en dire autant de toutes les tentatives. Nous ne connaissons pas encore la bonne formule et nous ne savons pas au juste ce qui donne de bons résultats et ce qui n'en donne pas; c'est certainement une question qu'il convient d'approfondir.

Il existe encore d'autres programmes. C'est ainsi que Ken Fisher, membre du Conseil consultatif canadien de la situation de la femme, a mis sur pied, à Ottawa, plusieurs groupes d'hommes, un peu comme celui que vous mentionniez. Des hommes se réunissent pour parler entre eux de leurs sentiments et de leurs frustrations. On ne peut donc pas dire que rien ne se fait, mais les hommes semblent souvent trouver difficile de s'exprimer; entre eux, dans une situation décontractée, il font bien des plaisanteries, mais il leur est plus difficile de se pencher en groupe sur ce qu'ils éprouvent.

Mme Sparrow: Parce que cela va à l'encontre de leur éducation.

Mme Collins: C'est exact, on leur a dit que ce n'était pas viril. Vous êtes médecin, vous, mais moi je ne sais toujours pas si c'est dû à une différence biologique entre hommes et femmes, ou à une différence inculquée, ou encore à une conjugaison des deux.

M. Wilbee: C'est en tout cas une question fort intéressante, dont on pourrait discuter toute la journée.

Mme Collins: C'est pourtant une chose que nous devons discuter si nous voulons aller au fond de la question. Comment pourrait-on changer les comportements si on n'en connaît pas la raison? Est-ce la mère qui vous l'enseigne quand vous êtes petit? S'agit-il d'un comportement à caractère biologique, lié aux gènes? Les hommes sont-ils plus agressifs parce que c'étaient eux les chasseurs? Dans ce cas, comment aider les hommes à s'adapter à un monde où cette agression est en partie...? Il faut trouver à cette agression des exutoires appropriés si les hommes tendent à recourir à la violence physique pour imposer leur volonté à un autre être humain ou à un animal, par exemple un chien ou un chat.

La présidence: Je vous remercie.

Mme Collins: Je m'excuse de la longueur de ma réponse.

Mme Black (New Westminster—Burnaby): Je vous remercie pour les observations que vous avez faites tout à l'heure. Sans votre soutien, madame la ministre, et sans celui de M^{me} Clancy, le projet de loi n'aurait pas si rapidement atteint l'étape actuelle. Il est bon de sentir qu'on oeuvre en commun, fût-ce à une échelle modeste, pour amener la fin de la violence exercée contre les femmes.

Je voudrais poser certaines questions touchant au budget. Dans le discours du Trône, on annonçait une réduction de 75 millions de dollars des fonds versés aux groupes de défense et aux organismes, mais aucune de ces décisions n'a encore été rendue publique.

[Text]

I was in the budget lock-up and I asked the bureaucrats at that time how those decisions would be made. They indicated that they would be made in consultation with the government House leader and the appropriate ministers of departments.

I am getting a number of comments from various organizations in the country. For instance, Planned Parenthood have received only one-quarter of their grant allocation this year. They have had to cancel Family Planning Week, which is something that they have been holding for a long time and which has a very positive educational component in the prevention of unwanted pregnancies and the prevention of sexually transmitted diseases. I am sure you would agree with me that it is really too bad that they have had to cancel this.

Minister, what have you and your department done to ensure that those organizations get their grants? They are operating now with this sense of not knowing when the money is coming, what kind of money is coming. They cannot plan their activities. They cannot plan their budgets for the year and have had to cancel, as I have said, something like Family Education Week.

Mrs. Collins: You are right, because until the decisions were made it was, I think, prudent that only the first quarter's funding would be released. Obviously we are getting close to the end of that first quarter, so I anticipate that organizations will be advised very soon about the funding for the rest of the year.

Ms Black: They were told that they would have the answer last month.

Mrs. Collins: I know, and I do not think they have it yet.

Ms Black: And it has not come.

Mrs. Collins: We do not have any grants and contributions ourselves, but I was consulted about some of the areas affecting women and presented my views on that. But it is my understanding that it should be very soon.

Ms Black: Then the National Council of Women, which is Canada's longest-serving women's organization and which in fact has some special status through Parliament, has had to lay off staff.

Mrs. Collins: I do not think they have. I think that has been resolved, as I understand it. My office was talking to them this week about it, and I think the problem is solved. If there is still a problem, let me know, but we were told—

Ms Black: Did they receive the rest of their grant? They were in exactly the same position as Planned Parenthood. They had received only a quarter.

Mrs. Collins: Yes, a quarter, which of course supposedly should get you through the first quarter, but I guess some organizations' budgeting may be... They use their government money first perhaps, and then they use other funds later on in the year.

[Translation]

Je me trouvais pendant la lecture du discours du budget, dans la salle réservée à la presse et j'ai alors demandé aux fonctionnaires comment ces décisions allaient être prises. On m'a répondu que ce serait en consultation avec le leader parlementaire du gouvernement et avec les ministres appropriés.

Plusieurs organisations m'ont fait parvenir leurs commentaires. C'est ainsi que la Fédération pour le planning des naissances n'a reçu qu'un quart de sa subvention annuelle et a dû annuler la Semaine du planning des naissances, manifestation qu'elle organise depuis très longtemps et qui comporte un élément fort intéressant de prévention des grossesses non désirées et des maladies vénériennes. Vous reconnaîtrez certainement avec moi que cette annulation est on ne peut plus regrettable.

Madame la ministre, qu'avez-vous fait, vous et votre ministère, pour assurer leurs subventions à ces organisations? Elles ignorent à présent si elles vont recevoir cet argent et de quelle somme il s'agira; elles ne peuvent donc pas planifier leurs activités ou leur budget et elles ont dû annuler, je le répète, un programme comme celui de la Semaine de l'éducation familiale.

Mme Collins: Vous avez raison. Jusqu'à ce que les décisions aient été prises, il était prudent de n'allouer que la part de la subvention pour le premier trimestre. Nous nous rapprochons maintenant de la fin de ce premier trimestre, et les organisations devraient être avisées très bientôt du financement pour le reste de l'année.

Mme Black: On leur a dit qu'elles auraient la réponse le mois dernier.

Mme Collins: Je sais, et je crois qu'elles ne l'ont pas encore reçue.

Mme Black: C'est exact.

Mme Collins: Nous n'avons pas nous-même d'argent pour des subventions, mais on m'a consultée sur certaines des questions touchant les femmes et j'ai donné mon opinion. Je crois savoir que les organisations seront avisées sous peu.

Mme Black: Le Conseil national des femmes du Canada, doyenne des organisations féminines canadiennes qui jouit d'un certain prestige et pouvoir au Parlement, a dû licencier du personnel.

Mme Collins: Je ne crois pas que cela ait eu lieu; pour autant que je sache, la question a été résolue, d'après ce que m'ont dit mes collaborateurs, qui se sont entretenus cette semaine avec cet organisme. Si une difficulté subsiste, faites-le moi savoir, mais on nous a dit...

Mme Black: Ce conseil a-t-il reçu le reste de sa subvention? Il se trouvait exactement dans la même situation que la Fédération pour le planning des naissances, et il n'en avait reçu qu'un quart.

Mme Collins: Oui, un quart, qui devrait lui permettre de fonctionner, en principe, pendant le premier trimestre, et le budget de certaines organisations et probablement... Elles dépensent peut-être d'abord l'argent du gouvernement et utilisent ensuite d'autres fonds.

[Texte]

Certainly the intention was not to jeopardize any of those organizations, so as I understand it. . . Sarah told me last night that she had talked to the organization and they had said the problem was solved, so I do not have any more details than that.

Ms Black: So there will not be a staff lay-off?

Mrs. Collins: That is what she was told.

Ms Black: I have not dealt with the new blue ribbon panel and I know it is in the formative stages, but I want to ask your views on what will happen when the report comes in. Will it be a public report? Will Members of Parliament have an opportunity to have a look at that report, or is it going to be like a royal commission? Have you decided yet just what the status will be of the report that comes from this panel?

• 1045

Mrs. Collins: I certainly anticipate that it will be a public report.

Ms Black: And what kind of status will the recommendations have?

Mrs. Collins: That is interesting. I assume they would be recommendations to government on whatever areas. . . I also assume they might make many recommendations that are not necessarily within federal jurisdiction but would be more general. Obviously, we would not necessarily have the direct power of implementation that would work. People will become aware that this is their view on how to work toward solutions to the problem. As a government, obviously we would have to look at those within federal jurisdiction. Other ones would have to be considered by the groups to whom they were directed. They become a little delicate but I think you understand.

Ms Black: Yes, I do. When we look back 20 years ago to the Royal Commission on the Status of Women, we can see that a number of the recommendations from that report were directed toward NGOs and different levels of government. Do you see something as all-encompassing as that coming out of this panel?

Mrs. Collins: I would hope so. The issue of violence against women is not an issue. . . It would be nice if we could just do something and it would be dealt with, but that is not the reality of the situation.

Ms Black: As a comment on Mr. Wilbee's questions, I think the thing we as a society have to acknowledge is that the power is not equal, and that men have been taught that they are in a position of power over women and children. That is the balance that has to shift.

Mr. Wilbee: Is that not the best way?

Mrs. Collins: And responsibility too. For many generations, men have felt that they also have the responsibility to look after—

[Traduction]

L'intention n'était certainement pas de compromettre l'existence de ces organisations, pour autant que je sache. . . Sarah m'a dit hier soir qu'elle avait parlé à cette organisation et qu'on lui avait dit que la difficulté avait été réglée, mais je n'en sais pas plus.

Mme Black: Il n'y aura donc pas de licenciement de personnel?

Mme Collins: C'est ce dont on l'a assurée.

Mme Black: Je n'ai pas abordé la question du nouveau comité de personnes compétentes, qui en est au stade préparatoire, mais je voudrais vous demander votre opinion sur ce qui arrivera quand le rapport sera déposé. Est-ce qu'il s'agira d'un rapport public? Les députés pourront-ils l'examiner, ou bien est-ce que ce sera comme pour une commission royale? A-t-il déjà été décidé du statut du rapport présenté par ce comité?

Mme Collins: Ce sera certainement un rapport public, à mon avis.

Mme Black: Et les recommandations, quel sera leur statut?

Mme Collins: C'est une bonne question. J'imagine que ce seront des recommandations adressées au gouvernement sur les domaines. . . Il y aura certainement, parmi elles, beaucoup de recommandations qui ne relèveront pas nécessairement de la compétence du gouvernement fédéral, mais qui seront d'ordre plus général. Nous n'aurons certainement pas le pouvoir de les faire exécuter, ce sera simplement l'opinion de ce comité sur la façon de trouver des solutions au problème. Le gouvernement devra certainement les examiner dans le cadre de sa compétence. D'autres recommandations devront être examinées par les groupes auxquels elles s'adressent. La question devient un peu épineuse, mais je pense que vous me comprenez.

Mme Black: Certainement. Si l'on a examiné le rapport, établi il y a 20 ans, de la Commission royale d'enquête sur la situation de la femme, on constate qu'un certain nombre de ses recommandations s'adressaient directement aux organisations non gouvernementales et à différents niveaux de gouvernement. Le rapport qui émanera de ce comité sera-t-il aussi vaste et général, à votre avis?

Mme Collins: Je l'espère. La violence contre les femmes n'est pas une question. . . Ce serait beau de pouvoir en finir avec cette question, mais ce serait manquer de réalisme que de s'attendre à cela.

Mme Black: Pour revenir sur les commentaires de M. Wilbee, la société doit reconnaître, je crois, que le pouvoir n'est pas également réparti et qu'on a enseigné aux hommes qu'ils régnaient en maîtres sur les femmes et les enfants. C'est ce déséquilibre qu'il faut faire disparaître.

M. Wilbee: N'est-ce pas là la meilleure façon?

Mme Collins: Il doit également y avoir transfert de responsabilités. De nombreuses générations d'hommes ont considéré qu'ils avaient également pour responsabilité de prendre la charge. . .

[Text]

Ms Black: And control them.

Mrs. Collins: —women and children. It has been both. We have to look at all of those factors as we are working toward new kinds of relationships between ourselves as men and women. As they want to share power and share control, women also have to share responsibility.

Ms Black: Thank you.

Mrs. Sparrow: Welcome, Madam minister.

To carry on with what Ms Black and Mr. Wilbee were talking about, relationships between men and women, obviously this is almost a two-way street. Often mothers as well as fathers seem to teach youngsters that the males do this and the females do that. Brought up in a Victorian-type of family, the male was taught to take of the woman. I know that has changed a great deal, so it is not just men going to school. Mr. Wilbee, I think some women are going to have to look at it as well.

Madam minister, I have a couple of questions with regard to the blue panel that will be formed. Do you have a handle on the costs, and is the cost within the \$3.9 million?

Mrs. Collins: No, it is not, and we are going back to seek specific funding for it. I cannot tell you what those numbers are because the decisions have not been made, but I certainly expect that they will be appropriate and adequate for the task as we set it out.

Mrs. Sparrow: Would you consider sharing costs with provincial or community organizations or is this going to be...? This has not been resolved, or you do not think so?

Mrs. Collins: I do not think so. It becomes so complex when you try to set up agreements. My own view is that we should do it. We announced it. This is our contribution and we should do it.

Mrs. Sparrow: I totally support you on that specific issue. With regard to the make-up of the panel, obviously you would look at ethnic and aboriginal peoples—

Mrs. Collins: Absolutely.

Mrs. Sparrow: That is very good.

Mrs. Collins: I have asked a number of women's organizations and caucus colleagues to give me any names. We are compiling a big data bank. I am not sure how it is all going to work out but we are looking for the best people. You know people in your areas of the country of whom we may or may not be aware, so let me know.

Mrs. Sparrow: Sure. Mrs. Collins, on page 3 of your remarks you mentioned the \$136 million in funding over four years for a renewed Family Violence Initiative. While I say it is a great step forward, if you divide it by four and come up with \$34 million a year and you want to create 80 to 100 emergency shelters, it is not very much funding. I would rather do a few and do them well than spread it too thinly.

[Translation]

Mme Black: Et de dominer. . .

Mme Collins: . . . les femmes et les enfants. Le pouvoir était associé à la responsabilité. Avec les nouvelles relations qui s'établissent entre les hommes et les femmes, nous devons examiner tous ces facteurs. Si les femmes veulent participer au pouvoir et à la domination, elles doivent également partager la responsabilité.

Mme Black: Je vous remercie.

Mme Sparrow: Je vous souhaite la bienvenue, madame la ministre.

Je voudrais revenir sur ce que disaient M^{me} Black et M. Wilbee: de toute évidence, les relations entre hommes et femmes sont à double sens. Ce ne sont pas seulement les pères, mais les mères également qui enseignent souvent aux enfants que c'est à un homme de faire ceci et à une femme de faire cela. Dans une famille victorienne, c'était l'homme qui prenait en charge la femme. Les choses ont beaucoup changé, je le sais, et ce n'est pas seulement les hommes qui devront réviser leurs idées sur ce point, monsieur Wilbee, les femmes devront également le faire.

Madame la ministre, j'ai plusieurs questions à vous poser sur ce comité de gens compétents qui va être constitué. Savez-vous quel en sera le coût? Restera-t-il inférieur à 3,9 millions de dollars?

Mme Collins: Non, et nous allons devoir solliciter un financement spécial pour ce comité. Je ne puis vous citer le chiffre, parce que les décisions n'ont pas encore été prises, mais j'espère que nous disposerons d'assez de fonds pour faire correctement ce que nous nous proposons.

Mme Sparrow: Envisagez-vous de partager les coûts avec les organisations provinciales ou communautaires, ou est-ce qu'il va s'agir de. . . La question n'est pas résolue, n'est-ce pas?

Mme Collins: Je ne le crois pas. La question se complique singulièrement quand on essaye de parvenir à des ententes. Je pense que nous devrions le faire, nous l'avons annoncé, c'est notre contribution, et c'est également notre tâche.

Mme Sparrow: Je suis tout à fait d'accord avec vous sur ce point. En ce qui concerne la composition du comité, vous allez certainement y inclure des autochtones. . .

Mme Collins: Certainement.

Mme Sparrow: C'est très bien.

Mme Collins: J'ai demandé à plusieurs organisations féminines et à plusieurs collègues du caucus de m'indiquer des noms; nous préparons une grande banque de données. Je ne sais pas encore ce qui va se passer, mais nous sommes à la recherche d'une élite. Vous connaissez sans doute, dans votre région, des gens dont nous-mêmes n'avons pas connaissance. Communiquez-moi leurs noms.

Mme Sparrow: Certainement. À la page 3 de votre discours, vous mentionniez une somme de 136 millions de dollars, répartis sur quatre ans, pour une initiative renouvelée sur la violence familiale. C'est un grand pas en avant, certes, mais si vous divisez cette somme par quatre, cela vous fait 34 millions de dollars par an, et vous voulez créer 80 à 100 refuges d'urgence, ça ne représente pas grand-chose. Je préférerais qu'on n'en crée que quelques-uns mais qu'on le fasse bien, plutôt que de répartir cet argent sur un trop grand nombre de projets.

[Texte]

[Traduction]

• 1050

Mrs. Collins: The new Family Violence Initiative is a carry-on program. There has been a program over the past few years. The money is divided between six different departments, each of which has quite a different sort of component to deal with. CMHC has the housing part of it, which includes under the new initiatives some funding for shelters and some for second-stage housing, which was identified as being a need. No one was involved in it, so they will be doing work in both areas and they have a particular allocation to do that. Then Health and Welfare Canada, which is really the overall co-ordinating agency, funds pilot projects throughout the country. One of the difficulties they are always running into, I guess, is that they have to be so careful they do not start something that they cannot carry on because it is not really within federal jurisdiction.

Mrs. Sparrow: It is specifically operating costs.

Mrs. Collins: I know. That is always a problem. You try to do it so the project is discreet and so that if they fund it for two or three there something specific will come out of it in terms of information or change, or projects for which there is already an awareness that ongoing funding can be picked up in some other way.

Mrs. Sparrow: What about CMHC?

Mrs. Collins: CMHC's is \$21 million of the overall costs. That is part of it. Health and Welfare is \$55.6 million. The Solicitor General is \$23 million, and that is for work in the prison systems, work with the RCMP and police systems. Justice is \$7 million, which covers a wide range of law-related activities. Secretary of State is \$7.7 million, which is primarily again funding of projects and of women's groups to do projects in this area. Indian Affairs and Northern Development is \$21.6 million, which is focusing on aboriginal issues. CMHC is \$21 million.

The Chair: I think Mr. Anawak should go next because he is technically here.

Mrs. Clancy: [Inaudible—Editor]

The Chair: Well, you are not even here technically. If he were a substitute for someone—

Mrs. Clancy: Technically I am here, and Mr. Anawak and Mr. Pagtakhan have ceded to me.

Mr. Pagtakhan (Winnipeg North): Madam Chair, I think it is the rule that any member may pose a question, even if they are not a substitute; only they may not vote. In this instance I have agreed, as the critic, for Mary Clancy to proceed.

The Chair: Is Mr. Anawak agreeable to this?

Mr. Anawak (Nunatsiak): Yes.

The Chair: Okay, that is fine.

Mr. Anawak: I would still like to ask a question. We will divide our time, Madam Chair.

Mme Collins: La nouvelle Initiative en matière de violence familiale est un programme qui existe depuis plusieurs années et qui a été renouvelé. Les fonds sont répartis entre six ministères, dont chacun intervient à des titres divers. La SCHL s'occupe de l'aspect immobilier, qui comprend la création de plusieurs refuges ainsi que des maisons de transitions, qui étaient également considérées comme une nécessité. Personne ne s'en occupait jusqu'à présent, de sorte que la SCHL a reçu des fonds à cet effet. Il y a également Santé et Bien-être Canada, organisme qui coiffe tout le projet et finance des projets pilotes dans tout le pays. Le danger dont il faut toutefois que ce dernier ministère se garde, c'est de ne pas mettre en train une chose qui ne peut être terminée parce qu'elle ne relève pas vraiment de la compétence fédérale.

Mme Sparrow: Il s'agit de coûts d'exploitation.

Mme Collins: Je le sais, c'est toujours la difficulté. On essaye de mettre sur pied un projet de niveau modeste afin qu'au bout de deux ou trois années de financement, on en retire quelque chose au plan de l'information ou de l'évolution ou de projets pour lesquels on espère obtenir un financement d'une autre source.

Mme Sparrow: Qu'en est-il de la SCHL?

Mme Collins: La SCHL reçoit 21 millions de dollars des coûts généraux, Santé et Bien-être 55,6 millions, le Solliciteur général 23 millions de dollars, destinés à des projets dans le système pénitentiaire, en collaboration la GRC et la police; le ministère de la Justice reçoit 7 millions de dollars pour toutes sortes d'activités d'ordre juridique; le Secrétariat d'État en reçoit 7,7 millions, là encore pour le financement de projets et pour des groupes féminins qui travaillent sur cette question. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord reçoit 21,6 millions de dollars, surtout pour les problèmes relatifs aux autochtones, et la SCHL en reçoit 21 millions.

La présidence: C'est au tour de M. Anawak, puisqu'il est techniquement ici.

Mme Clancy: [Inaudible—Éditeur]

La présidence: Vous n'êtes même pas ici techniquement. S'il remplaçait quelqu'un. . .

Mme Clancy: Techniquement, je suis ici, et M. Anawak et M. Pagtakhan m'ont cédé leur tour.

M. Pagtakhan (Winnipeg-Nord): Madame la présidente. Tous les membres, je crois, sont autorisés à poser une question, même s'ils ne sont pas suppléants; ils n'ont simplement pas le droit de vote. En l'occurrence, j'ai consenti, en tant que porte-parole, à céder mon tour à Mary Clancy.

La présidence: Monsieur Anawak est-il d'accord?

M. Anawak (Nunatsiak): Certainement.

La présidence: En ce cas, c'est parfait.

M. Anawak: Je voudrais quand même poser une question. Nous partagerons le temps qui m'est alloué, madame la présidente.

[Text]

Mrs. Sparrow: Agreed.

Mrs. Clancy: Thanks, Mrs. Sparrow.

I have just one question, Minister, on the Project Haven, which was announced back in 1988-89 between your ministry and CMHC. Since I arrived here in 1988, I have had significant complaints from various transition houses across the country that the money has been difficult to access. I am not asking for a status report here and now, but I wonder if you could provide to us data on where the money has been spent. In your opening remarks you mentioned also an extension of that project with additional moneys. I am not clear on that. That is not the same as the second-stage housing that was announced by Perrin Beatty when he was Minister of Health and Welfare, or is it?

Mrs. Collins: Yes. Some of the \$21 million will be used for shelters and some will be used for second-stage housing.

Mrs. Clancy: So some is going back into shelter. But it is separate and apart from the \$40 million that was the original Project Haven?

Mrs. Collins: Yes, that is right.

Mrs. Clancy: Could your office provide us with the specifics of Project Haven—how much has been spent and where?

Mrs. Collins: Sure. The figures I have and are a couple of months old, but we can get you the figures from CMHC—

Mrs. Clancy: I am still hearing that different transition houses are having problems accessing.

• 1055

Before I give my time to Mr. Anawak, I would like to say that I was delighted to hear what you had to say about the P4W. I hope we will be hearing more very, very soon, and if you decide to build one of the facilities in Halifax, I will not complain. Thank you.

Mrs. Collins: Well, speak to the Solicitor General too. The figures I have are that to date projects creating 446 shelter units, 94 of which are for native women on reserves, have been approved or are under development under the old program. We can get an update and get the actual list of projects and where they would be across the country.

Mrs. Clancy: Thank you very much.

Mr. Anawak: I believe in full equality, and I do not say this just because I happen to be in this room. I hope my daughter Gloria will follow me along in politics later on.

[Translation]

Mme Sparrow: D'accord.

Mme Clancy: Je vous remercie, madame Sparrow.

J'ai une question, madame la ministre, sur l'Opération Refuge, qui avait été annoncée en 1988-1989 par votre ministère ainsi que par la SCHL. Arrivée en 1988, j'ai reçu depuis toutes sortes de plaintes de diverses maisons de transition, d'après lesquelles il serait difficile d'obtenir des fonds. Je ne vous demande pas de me faire sur-le-champ un rapport sur l'état de la question, mais j'aimerais que vous nous fassiez savoir comment l'argent a été utilisé. Dans votre discours d'introduction, vous disiez que des fonds supplémentaires avaient été alloués à ce projet et j'aimerais avoir des précisions là-dessus. Il ne s'agit pas là des maisons de transition annoncées par Perrin Beatty quand il était ministre de Santé et Bien-être Canada, n'est-ce pas?

Mme Collins: Si. Une partie des 21 millions de dollars sera utilisée pour des refuges et une partie pour des maisons de transition.

Mme Clancy: Une partie est donc de nouveau versée aux refuges, mais elle est distincte des 40 millions de dollars destinés à l'origine à l'Opération Refuge?

Mme Collins: Oui, c'est exact.

Mme Clancy: Votre bureau pourrait-il nous donner des détails sur l'Opération Refuge? Quels sont les fonds qui lui ont été alloués, et comment ont-ils été répartis?

Mme Collins: Certainement. Les chiffres que j'ai sous la main datent déjà d'il y a quelques mois, mais nous pouvons vous obtenir de la SCHL. . .

Mme Clancy: Il n'empêche que plusieurs maisons de transition continuent à se plaindre des difficultés qu'elles ont à obtenir les fonds.

Avant de donner ce qui reste de mon temps à M. Anawak, j'aimerais d'abord vous dire que j'ai été ravie d'apprendre la décision du gouvernement au sujet de la prison des femmes. J'espère, d'ailleurs, que nous en aurons très bientôt d'autres nouvelles, et si vous décidez de construire un de ces établissements à Halifax, ce n'est pas moi qui vais me plaindre. Merci.

Mme Collins: Eh bien, il faut en discuter aussi avec le solliciteur général. D'après mes chiffres, des projets visant la création de 446 abris ou pavillons de ressourcement ont été approuvés ou sont déjà en voie de préparation en vertu de l'ancien programme. Nous pourrions évidemment demander une mise à jour afin d'obtenir la liste la plus récente des projets en cours et de savoir dans quelles régions du pays ils se déroulent.

Mme Clancy: Merci beaucoup.

M. Anawak: Moi, je suis partisan de la véritable égalité des sexes, et je ne vous dis pas cela simplement parce que je participe aux travaux du comité aujourd'hui. J'espère, d'ailleurs, que ma fille, Gloria, suivra mon exemple et deviendra un jour politicienne.

[Texte]

I have a couple of things I would like to mention in terms of where women are today. Banks still ask for husbands to co-sign. I find that an insult to women. I think there have to be some measures taken to ensure that piece of rubbish is done away with.

It may be that you welcome it, but I just noticed my colleague Mrs. Sparrow say Mrs. Collins. I think we should do away with the Mrs. part of it and say Ms.

The Chair: One more question from the government side.

Mr. Anawak: You are going to be in Vancouver at the National Symposium on Women, Law and the Administration of Justice on Monday. Have you had any correspondence or notice of what has been happening with a particular case in British Columbia, although it started in the Northwest Territories; namely, the Kitty Nowdluk case? What can be done to ensure that justice is done? Ms Nowdluk has gone through an awful lot at the hands of the law.

The Chair: The system.

Mr. Anawak: The RCMP and the system.

Mrs. Collins: At this conference, along with the one in Yellowknife, which I will be going to at the end of June, obviously these kinds of issues will come up, as to how the law deals with aboriginal women. I do not know what the outcome will be at this point, but it is obviously a concern. Because they are aboriginal women, they seem to run into a double problem in terms of how they are dealt with. That has to be addressed. It is a very important issue.

Mrs. Anderson (Simcoe Centre): I want to mention to Dr. Wilbee that I do have a picture taken of a daughter at the age of 18 months, sitting in the middle of a sofa between two little fellows. On our tape we have the little boys pulling her hair madly. She is crying. So you see, it starts at that age. I think we have to look way back.

The Chair: I think that is biological.

Mrs. Anderson: At any rate, we can go on from there later.

The Status of Women provincially and federally will focus on strategies to ensure that girls and women receive the education required to fully contribute to Canada's human resource needs. What strategies will advance the educational achievement of girls and women?

Mrs. Collins: Some of the problems we are faced with now when we look at the drop-out rates—actually, the drop-out rate for girls is lower than it is for boys. The overall rate is 30% from the statistics we have. It is somewhat lower for girls. The largest reason for girls dropping out is teenage pregnancies. Obviously as you look at that issue, you have to think of strategies that might assist those young girls to stay in school, whether it is by having appropriate child

[Traduction]

Il y a plusieurs points que j'aimerais soulever avec vous aujourd'hui au sujet de la situation des femmes. Le fait est que les banques continuent de demander aux maris d'être co-signataires. En ce qui me concerne, c'est une insulte pour les femmes. Je pense qu'il conviendrait de prendre des mesures pour éliminer ce genre de pratique discriminatoire.

Vous êtes peut-être tout à fait pour, mais je viens de remarquer que ma collègue, M^{me} Sparrow, vous appelle «Madame» Collins. À mon avis, nous devrions éliminer ce titre et opter plutôt pour «Madelle».

La présidence: Une dernière question pour les députés de la majorité.

M. Anawak: Vous avez l'intention d'assister au Colloque national sur la femme, le droit et la justice, qui se tiendra à Vancouver lundi. Avez-vous été mise au courant des faits d'une cause qui sera jugée en Colombie-Britannique mais qui a commencé dans les Territoires du Nord-Ouest—c'est-à-dire, celle de Kitty Nowdluk? Que pouvons-nous faire pour nous assurer que justice sera faite, surtout que M^{lle} Nowdluk a déjà beaucoup souffert à cause du système.

La présidence: Oui, c'est la faute du système.

M. Anawak: Du système et de la GRC.

Mme Collins: Pendant cette conférence à laquelle vous avez fait allusion ainsi que celle qui se tiendra à Yellowknife, à laquelle j'assisterai à la fin de juin, ce genre de question sera certainement soulevée, c'est-à-dire le traitement des femmes autochtones dans le contexte de notre système judiciaire. Je ne sais pas quelle en sera l'issue, évidemment, mais c'est certainement une préoccupation. Le fait qu'elles soient autochtones semble leur créer deux fois plus de problèmes et c'est, sans aucun doute, une question très importante qu'il faut absolument aborder.

Mme Anderson (Simcoe-Centre): Je tiens à dire au docteur Wilbee que j'ai une cassette vidéo où l'on voit une petite fille de 18 mois assise sur un divan entre deux petits garçons. Les deux petits garçons sont en train de lui tirer les cheveux, et elle pleure. Alors, vous voyez, tout cela commence très tôt. À mon avis, il faut remonter bien en arrière.

La présidence: Ça, c'est plutôt biologique.

Mme Anderson: En tout cas, on pourrait envisager de le faire un jour.

Les responsables de Condition féminine aux paliers provincial et fédéral vont surtout s'efforcer de mettre au point des stratégies qui permettront de garantir que les jeunes filles et les femmes reçoivent l'éducation qu'il leur faut pour s'intégrer à notre population active et permettre de mieux répondre à nos besoins en ressources humaines. Quelles stratégies comptez-vous mettre en place pour permettre l'avancement et le succès des filles et des femmes au sein de notre système d'éducation?

Mme Collins: En ce qui concerne les problèmes associés aux taux d'abandon—et au fait, le taux d'abandon des filles est moins élevé que celui des garçons. D'après nos statistiques, le taux global est de 30 p. 100, alors que pour les filles, c'est un peu moins élevé. Si les adolescentes abandonnent leurs études, c'est surtout parce qu'elles tombent enceintes. Et par rapport à ce problème-là, il faut évidemment des stratégies précises qui leur permettent de

[Text]

care or kinds of support for them, or prevention, which is a whole other issue, if that is one of the reasons.

The other thing that I believe is awfully important is the role modelling. There often seems to be something that occurs—and there has been some documentation of this—with young girls between the ages of 11 and 15. They do really well in primary school where there are often female teachers who are role models and who will turn to girls for answers, but then they get into high school with the combination of the adolescent period where peer pressure is so important and girls want to fit in, and they do not want to out-class the guys—this is not true of everybody but a lot of this goes on. You then get male teachers. The guys become more aggressive. They answer the questions. This whole thing adds up and a lot of girls feel alienated from the educational system.

• 1100

I do not know if it has been documented exactly, but I have certainly heard anecdotally that in fact girls often do better in an all-girls educational environment.

Mrs. Clancy: Hear, hear.

Mrs. Collins: I would not want to see that as a solution. I really would not, but there obviously needs to be changes within our educational system.

The other thing that is really important is to encourage girls to continue in math and sciences. I know from my own daughter that when she was in high school she still felt that teachers dismissed the girls in math class. "Well, you don't have to worry your head about this." And if you do not have math and sciences you close off 85% of post-secondary courses, and you are left with ones that generally will limit your choices.

I feel really strongly that young girls have to ensure they have the broadest choices possible to be able to compete in a world that is full of change and where you cannot just say, well, I am going to be a nurse, or I am going to be a teacher, and that is going to be for the rest of my life. We all know the world is changing in ways where you must have skills that can be updated and give you an advantage, and we still do not seem to be getting that for our young women.

The Chair: Thank you very much. You can see that our next deputation are here and our time has elapsed. I am sure we could go on for another hour easily.

Mrs. Collins: It would be nice just to have a discussion about issues and things. Maybe you would like to organize that some time.

[Translation]

rester à l'école, soit en ayant accès à des services de garde d'enfants ou d'autres types de soutien, soit au moyen de programmes de prévention, qui est un domaine tout à fait distinct, si c'est bien pour cela que ces adolescentes laissent souvent tomber leurs études.

L'autre aspect critique, selon moi, c'est les modèles qu'on leur donne. Les filles subissent souvent un changement assez radical entre l'âge de 11 et 15 ans—changement, d'ailleurs, dont on fait état dans plusieurs études sur la question. On a constaté justement que les filles à l'école primaire réussissent très bien dans ce milieu, puisque leurs professeurs sont souvent des femmes qui leur servent de modèles et encouragent leur participation. Mais à l'école secondaire, elles sont déjà adolescentes et souhaitent surtout être acceptées par les autres; par conséquent, elles évitent souvent de répondre pour éviter de paraître plus intelligentes que les garçons—ce n'est pas toujours le cas, évidemment, mais c'est assez courant. De plus, il y a souvent davantage de professeurs de sexe masculin, et par conséquent, les garçons sont plus agressifs. C'est eux qui répondent aux questions. Il y a une accumulation de facteurs qui font que beaucoup de jeunes filles estiment ne pas être bien servies par notre système d'éducation.

Je ne sais pas s'il y a des études là-dessus, mais les anecdotes qu'on m'a déjà racontées laissent croire que les filles réussissent souvent mieux dans des établissements pour filles.

Mme Clancy: Oui, absolument.

Mme Collins: Mais pour moi, ce n'est pas la solution. Pas du tout. Je pense qu'il faut surtout changer notre système d'éducation.

Il faut également encourager très fortement les filles à poursuivre leurs études en mathématiques et en sciences. Je sais que ma propre fille a eu l'impression, lorsqu'elle était à l'école secondaire, que les professeurs de mathématiques tenaient toujours les filles à l'écart en classe. Ils semblaient croire que les filles ne devaient pas se laisser préoccuper par les maths. Mais sans les maths et les sciences, 85 p. 100 des cours postsecondaires ne vous sont pas accessibles, et par conséquent, vos choix sont très limités par la suite.

Personnellement, je suis fermement convaincue que les filles doivent s'assurer d'avoir le plus grand nombre de possibilités pour pouvoir affronter la concurrence dans un monde en perpétuelle évolution; on ne peut plus se contenter de dire: «Bon je vais être infirmière, ou enseignante, et je ne vais rien faire d'autre pour le reste de ma vie». Nous savons que notre monde subit des changements très importants et, par conséquent, nous devons constamment maintenir nos compétences pour ne pas nous sentir dépassées; malheureusement, c'est justement cela qui semble manquer à nos jeunes femmes.

La présidence: Merci beaucoup. Je vois que notre temps est maintenant écoulé et que les autres députés commencent à arriver. Évidemment, nous pourrions facilement continuer notre discussion pendant au moins une autre heure.

Mme Collins: Il serait bon que nous prenions le temps pour discuter de tous ces dossiers. Peut-être pourriez-vous organiser une réunion à cette fin.

[Texte]

The Chair: Certainly. I think that might be quite useful.

Mr. Pagtakhan: On a point of order, I wish to state that it is nice to see the co-operation between the different parties. I wish we would see the same in the aboriginal affairs committee.

Ms Black: Yes. Put more women on the committee.

Mr. Pagtakhan: I have three very short questions, and I do not wish to receive answers now because there is no time. Is it possible to put them to the minister and for her to reply to the committee?

Mrs. Clancy: Sure.

The Chair: Certainly. You do not need to read them. We can just table them and we will have all the questions answered.

Mr. Pagtakhan: It will take me just a second—

The Chair: I think we can complete the meeting and have those questions answered perhaps—

Mr. Pagtakhan: I can pose them in 30 seconds.

The Chair: I think the meeting is finished. You can submit your questions and they will be answered.

Thank you very much. We appreciate your coming, and perhaps we can have a more informal meeting at some point at which we can all spend as much time as we would like.

• 1104

• 1108

The Chair: I would like to welcome you to the committee, Mr. Minister. I think we will get right to it because obviously we are going to run short of time for questions. We are on vote 1, Program Expenditures under National Health and Welfare, Fitness and Amateur Sport.

Hon. Pierre H. Cadieux (Minister of State (Fitness and Amateur Sport) and Minister of State (Youth)): Thank you very much for inviting me before the committee. I would like to introduce my officials. Mr. Lyle Makosky is the Associate Deputy Minister; Marcel R. Tremblay, who happens to be my parliamentary secretary, is here to question me and apparently not help me, but there you go.

Madam Chairman and colleagues, with your permission I would like to go through my statement.

I am pleased, of course, to have this opportunity to appear before you as Minister of State for Fitness and Amateur Sport. This year the ministry plans to spend \$75 million which essentially represents a status quo budget

[Traduction]

La présidence: Oui, bien sûr. Ce serait certainement très utile.

M. Pagtakhan: J'invoque le Règlement, madame la présidente. Je tiens à dire que je suis ravi de constater le niveau de collaboration qui semble exister entre les différents partis. Je souhaiterais que ce même esprit de collaboration existe au sein du Comité des affaires autochtones.

Mme Black: Oui. Il faut nommer plus de femmes.

M. Pagtakhan: J'ai trois très brèves questions, mais je ne vous demanderai pas de me répondre tout de suite puisque le temps nous manque. Pourrais-je simplement les poser à la ministre en lui demandant de bien vouloir transmettre les réponses au comité?

Mme Clancy: Oui, bien sûr.

La présidence: Oui, absolument. Mais ce n'est pas la peine de les lire. Nous allons simplement prendre votre liste et les transmettre à la ministre.

M. Pagtakhan: Cela ne me prendra pas très longtemps. . .

La présidence: Je pense qu'il conviendrait plutôt de lever la séance et d'attendre qu'on nous transmette les réponses. . .

M. Pagtakhan: Il ne me faudrait pas plus de 30 secondes pour le faire.

La présidence: Nous devons lever la séance. Donnez-vous votre liste et on va vous répondre par la suite.

Merci beaucoup. Nous apprécions beaucoup que vous soyez venue. Nous pourrions peut-être organiser une réunion plus informelle à un autre moment, où nous pourrions prendre tout le temps qu'il faut pour discuter de ces questions.

La présidence: Je vous souhaite la bienvenue au comité, monsieur le ministre. Je pense qu'on devrait tout de suite vous inviter à nous faire vos remarques liminaires, puisque nous allons certainement manquer de temps pour les questions. Nous étudions aujourd'hui le crédit 1, Dépenses du Programme sous la rubrique Santé nationale et Bien-être social, Condition physique et Sport amateur.

L'honorable Pierre H. Cadieux (ministre d'État (Condition physique et Sport amateur) et ministre d'État (Jeunesse)): Je vous remercie de votre invitation. Permettez-moi d'abord de vous présenter les fonctionnaires qui m'accompagnent. M. Lyle Makosky est notre sous-ministre associé; et Marcel R. Tremblay, qui est mon secrétaire parlementaire, est là, apparemment, pour me poser des questions et non pour m'aider. Alors, voilà.

Madame la présidente et chers collègues, avec votre permission, j'aimerais vous faire maintenant ma déclaration.

Je suis évidemment très heureux d'avoir l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui en tant que ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur. Cette année, les dépenses prévues pour mon ministère s'élèvent à 75 millions

[Text]

relative to the previous five years. In relation to last year's main estimates, this year's estimates indicate, on balance, more money for anti-doping in sport and for pre-Olympic preparation and less money for Canada Games because there are none this year.

As most members probably know, we have just completed Canada's Fitweek. This national event is jointly co-ordinated by Fitness Canada, the provincial and territorial fitness departments and 16 national organizations. This year, Fitweek organizers expected over 8 million Canadians to be involved in over 14,000 official events from coast to coast, making Canada's Fitweek the largest celebration of physical activity in the world.

• 1110

Fitweek is an excellent example of collaboration between the public and private sectors and individual Canadians working toward a common set of goals. The Government of Canada's contribution of \$760,000 to Fitweek and its 11 national projects will be matched by private sector contributions of more than \$2 million in cash and indirect support, such as free advertising and complementary products.

Programs such as Fitweek are successful in activating a great many Canadians to participate in physical activities, and we know from the research funded by Fitness Canada that trends in participation rates show increasing levels of physical activity. For example, a comparison of the 1981 Campbell's Fitness Survey with those of the 1988 Campbell's Survey on Well-Being indicates a significant increase—24%—in the proportion of Canadians who engaged in physical activity for a minimum of 100 hours in the previous year. Our research also indicated that by 1988 six in ten Canadians were physically active on a regular basis.

Our challenge now is to reach the remaining 40% of Canadians and see them involved in regular physical activity. At the same time, we must continue to encourage those we have already reached to keep at it.

In general terms, Madam Chairman, regular physical activity contributes to the overall well-being and quality of life of individuals, health being one important element. When regular physical activity is carried out at a level of intensity sufficient to reduce significantly the risk of heart disease, it can result in reduced health care costs. For example, a 1990 National Health and Welfare publication on health care expenditures indicates that in 1986 between 25% and 30% of Canadians were regularly engaged in intense regular physical activity sufficient to reduce the risk of heart disease. Had 60% of Canadians been regularly physically active at that level of intensity, it has been estimated that health care

[Translation]

de dollars, ce qui correspond essentiellement au même budget que les cinq années précédentes. Comparativement au Budget des dépenses principal de l'année dernière, celui de cette année comporte davantage de fonds pour la lutte contre le dopage dans le sport et pour la préparation préalable aux Jeux olympiques, et moins d'argent pour les Jeux du Canada, ceux-ci n'ayant pas lieu cette année.

Comme la plupart des membres le savent, la semaine «Canada en forme» vient de prendre fin. Cette activité nationale est coordonnée conjointement par Condition physique Canada, les ministères provinciaux et territoriaux s'occupant de la condition physique et 16 organismes nationaux. Cette année, les organisateurs de la semaine «Canada en forme» s'attendaient à ce que plus de 8 millions de Canadiens participent à plus de 14,000 activités officielles d'un océan à l'autre. La semaine «Canada en forme» devient donc la plus gigantesque célébration de l'activité physique au monde.

La semaine «Canada en forme» est un excellent exemple de collaboration entre le secteur public, le secteur privé et les Canadiens, travaillant à la poursuite d'une série de buts communs. À la contribution de l'ordre de 760,000\$ que le gouvernement du Canada réserve à la semaine «Canada en forme» et aux 11 projets nationaux qui s'y rattachent, le secteur privé ajoutera des contributions de plus de deux millions de dollars en espèces et en aide indirecte, telles que de la publicité et des produits offerts gratuitement.

Les programmes tels que la semaine «Canada en forme» réussissent à inciter un grand nombre de Canadiens à s'adonner à des activités physiques. Les résultats d'une recherche subventionnée par Condition Physique Canada nous apprennent que les tendances dans les taux de participation révèlent des niveaux croissants d'activité physique. Par exemple, une comparaison entre les résultats de l'Enquête Condition Physique Canada menée par Campbell en 1981 et ceux de l'Enquête Campbell sur le mieux être, effectuée en 1988, indiquent une hausse considérable—24 p. 100—dans la proportion de Canadiens qui se sont adonnés à des activités physiques pendant au moins 100 heures au cours de l'année précédente. Notre recherche nous a également indiqué qu'en 1988, six Canadiens sur dix s'adonnaient régulièrement à des activités physiques.

Notre défi consiste à atteindre les 40 p. 100 restants de Canadiens et à les amener à s'adonner régulièrement à des activités physiques. En même temps, nous devons continuer à encourager ceux que nous avons déjà convaincus à ne pas lâcher.

En général, madame la présidente, l'activité physique régulière favorise le bien-être global et améliore la qualité de vie des individus—la santé en étant un élément important. Lorsque les gens s'adonnent régulièrement à des activités physiques à un degré d'intensité suffisamment élevé pour réduire considérablement les risques de maladie cardiaque, cela peut entraîner une baisse des coûts des soins de santé. Par exemple, une publication de Santé nationale et Bien-être social de 1990 sur les dépenses en soins de santé indique qu'en 1986, entre 25 p. 100 et 30 p. 100 de Canadiens pratiquaient des activités physiques suffisamment rigoureuses pour diminuer les risques de maladie cardiaque. Si 60 p. 100

[Texte]

expenditures for care of ischemic heart disease in that same year could have been some \$350 million lower. By 1990, cumulative health care cost savings owing to the increased protection against heart disease would have reached some \$1.75 billion.

Pour encourager un plus grand nombre de Canadiens à participer à toutes les formes d'activité physique, les cadres du Ministère ont élaboré et articulé la notion de «Vie active». La genèse de cette notion remonte au Sommet canadien de la condition physique de 1986 au cours duquel a été adoptée une définition globale de la bonne forme physique, c'est-à-dire un «état de bien-être total, physique, mental, émotif, spirituel, social».

Pour nous, la Vie active est un modèle de vie où l'activité physique est valorisée et fait partie intégrante du quotidien. Elle englobe une gamme complète d'activités physiques, par exemple la marche ou la bicyclette pour se rendre au travail, le jardinage, des activités récréatives liées au travail de plein air, la danse ethnique, des cours de conditionnement physique, des jeux récréatifs ou du sport de haute performance. La Vie active vise le bien-être individuel et l'ensemble de l'expérience de l'activité physique.

Pour lancer la mise en oeuvre de l'approche de la Vie active d'une manière dynamique et efficace, Condition physique Canada a pressenti les provinces et les Territoires et leur a proposé de commémorer conjointement, toute l'année, le 125^{ième} anniversaire du Canada sous la bannière «Vie active 1992». Les ministres provinciaux et territoriaux ont accepté. «Vie active 1992» consistera en une vaste initiative comportant de solides éléments de programme à l'échelle tant nationale que locale. Tout le programme des activités de 1992 sera axé sur le thème de «Canada 125». La coordination sera assurée par un bureau national à Ottawa. Cette initiative d'une année et d'autres activités prestigieuses telles que la semaine «Canada en forme» sont conçues pour instiller un plus grand sentiment d'unité et d'identité nationale chez tous les segments de la population canadienne.

Tandis que l'approche de la Vie active et les initiatives spéciales qui sont conçues visent à inciter l'ensemble de la population à «bouger» dans tous les sens du mot, il reste qu'un des objectifs importants de Condition physique Canada est de concentrer plus directement les ressources sur les groupes cibles prioritaires, soit les enfants et les jeunes, les adultes d'âge mûr, les Canadiens et Canadiennes ayant un handicap et les employés. Suite à des consultations poussées menées à l'échelle nationale, des plans directeurs intitulés «plans d'action» ont été dressés dans chacun de ces domaines. La mise en oeuvre des initiatives formulées dans les plans d'action vient de commencer et se poursuivra tout au long du présent exercice financier.

[Traduction]

des Canadiens avaient été actifs à ce niveau d'intensité, on a estimé que les dépenses engagées pour soigner la cardiopathie ischémique au cours de cette année-là auraient été inférieures de quelque 350 millions de dollars. En 1990, les économies cumulatives réalisées grâce à la protection accrue contre les maladies cardiaques auraient atteint quelques 1,75 milliard de dollar.

To encourage a broader base of participation in all forms of physical activity by Canadians, my departmental officials have been working to develop and articulate the concept of "active living". The genesis of this concept goes back to the 1986 Canadian Summit on Fitness, which adopted a broad meaning of fitness as "a state of total well-being of the individual—physical, mental, emotional, spiritual and social".

We see the concept of active living as a way of life in which physical activity is valued and integrated into daily life. It embraces a full spectrum of physical activities such as walking or wheeling to work, dancing, playing recreational games, or competing in high performance sport. Active living is about individual well-being and the entire physical activity experience.

In order to launch the implementation of the active living approach in a dynamic and effective manner, Fitness Canada approached the provinces and territories and suggested a joint, year-long commemoration of Canada's 125th anniversary under the banner "Active Living 92". Provincial and territorial ministers have agreed. "Active Living 92" will be a broad-based initiative with strong program elements at both the national and local levels. The entire 1992 program of events will reflect the "Canada 125" theme and will be coordinated through a national office in Ottawa. This year-long initiative and other high-profile events such as "Fitweek" are being designed to foster a greater sense of national unity and identity among all segments of the Canadian population.

While the active living approach and the special initiatives being developed are intended to inspire the general population to "move" in all senses of the word, focusing resources more directly on priority target groups remains an important objective of Fitness Canada. These target groups are: children and youth; older adults; Canadians with a disability, and employees. After thorough national consultation, master plans called "blueprints for action" have been completed in each of these areas. Implementation of the initiatives contained in the blueprints has now commenced and will continue throughout the current fiscal year.

Le Canada est maintenant reconnu internationalement comme un chef de file mondial pour ce qui est d'amener ses citoyens à pratiquer régulièrement des activités physiques saines. Condition physique Canada entend s'ancrer davantage

Canada is now recognized internationally as a world leader in getting its citizens regularly involved in healthy physical activity. Fitness Canada plans to build on that leadership by continuing its involvement in this area with

[Text]

dans ce rôle en continuant à s'engager dans ce domaine avec les autres pays. Il renouvellera son entente avec l'Union soviétique relativement à l'«Aventure physiforme» Canada-URSS dans le cadre de laquelle s'unissent des villes canadiennes et soviétiques pour participer amicalement à une compétition axée sur la condition physique. En 1992, le Canada prévoit également élargir l'actuel modèle de l'Aventure physiforme en 1992 de façon à faire participer d'autres villes hivernales un peu partout dans le monde.

Pour résumer, madame la présidente, en travaillant en étroite collaboration avec le secteur des entreprises et par l'intermédiaire de son vaste réseau de partenaires dans le secteur bénévole, Condition physique Canada jouera un rôle prédominant pour ce qui est de l'activité physique au Canada au cours des prochaines années.

The year 1991-92 will be one of the busiest years for Canadian sport and thus for the federal government sport program. As you know, since the release of the report of the Dubin inquiry in June 1990, the federal government has been reviewing the report carefully and responding to Mr. Justice Dubin's many recommendations. We have approached this work in three phases.

Phase one dealt with the the issue of penalties for doping infractions committed by those named in the report of the commission of inquiry and the general matter of future federal government policy on penalties for doping. The government has determined that it will impose a lifetime penalty of ineligibility for direct federal funding on individuals found guilty of doping infractions and that it will require that national sport organizations impose a penalty of four years' ineligibility to participate in sport. With respect to federal penalties, we are in the process of finalizing an arbitration process.

In phase two of the federal review of the Dubin report we dealt with future measures that would be taken to eliminate doping in Canada and internationally. The primary result of our phase two deliberations was the announcement in early January that the government would be creating an independent non-governmental organization, the Canadian Anti-Doping Organization, responsible for co-ordinating all anti-doping measures in Canada. This new body is in the final stages of legal incorporation and will be up and running in the very near future.

[Translation]

other nations. It will renew its agreement with the Soviet Union on the Canada-USSR Fit Trek—a bilateral physical activity challenge that joins Canadian and Soviet cities in friendly fitness competition—and plans to expand the current Fit Trek model in 1992 to include other winter cities from around the world.

In summary, Madam Chairman, Fitness Canada—through close collaboration with the corporate sector and through its extensive network of partners in the voluntary sector—will play a prominent role in relation to physical activity in Canada over the next few years.

L'année 1991-1992 sera l'une des plus actives pour le sport au Canada et en conséquence pour les responsables du programme sportif du gouvernement fédéral. Comme vous le savez sans doute, depuis la publication du rapport de la commission d'enquête Dubin, en juin 1990, le gouvernement fédéral a étudié attentivement les constatations du juge Dubin et répondu à bon nombre de ses recommandations. Ce travail s'est fait en trois étapes.

Au cours de la première étape, nous nous sommes intéressés aux peines imposées dans les cas d'infractions aux règles anti-dopage commises par les athlètes dont le nom est mentionné dans le rapport de la commission d'enquête, ainsi qu'à la question générale de la politique fédérale future en matière de sanctions dans les cas de dopage. Le gouvernement a décidé d'imposer comme peine aux athlètes qui se rendent coupables d'infractions aux règlements anti-dopage la perte à vie de l'admissibilité à toute aide financière directe de sa part et de demander aux organismes nationaux du sport d'imposer comme peine à ces athlètes la perte pendant quatre ans du droit de participer à des compétitions sportives. En ce qui a trait à la perte de l'admissibilité à l'aide fédérale, nous sommes en train de mettre au point un processus d'arbitrage.

Au cours de la deuxième étape du processus fédéral de révision du rapport Dubin, nous nous sommes intéressés aux mesures qui pourraient être prises dans l'avenir en vue d'éliminer le dopage au Canada et à l'échelon international. Les délibérations que nous avons tenues au cours de cette étape ont abouti, comme résultat préliminaire, à l'annonce au début du mois de janvier de la création, par le gouvernement, d'un organisme non gouvernemental indépendant, soit l'Organisation anti-dopage canadienne, qui veillerait à la coordination de toutes les mesures antidopage au Canada. Ce nouvel organisme, dont l'incorporation est presque terminée, sera sur pied et fonctionnel dans le proche avenir.

[Texte]

Also announced in January was an exhaustive and comprehensive anti-doping campaign, including drug reclassification measures that will ensure a greater level of control and corresponding penalties related to these drugs. Additional funds have been provided to Canada's anti-doping efforts: \$1.4 million in 1991-92 and \$2.3 million each year thereafter in addition to the almost \$1 million we are already spending.

We are confident, Madam Chairman, that we can reduce the incidence of doping in Canada through a combination of education, testing and interdiction measures. As a result, we will have a sport system that is based on the principles of fair play and an ethical approach to competition in sport.

Phase three of the federal review of the report of the Dubin inquiry entails a comprehensive review of federal sport policy. Mr. Justice Dubin attributed many of the problems of Canadian sport to lack of a clear and sound philosophy on the part of both the government and the non-governmental sport bodies responsible for the day-to-day management of Canadian sport.

In order to review these important sport policy matters, the government has appointed a three-person task force, chaired by a respected former senior public servant, Mr. Cal Best, to study the issues, consult widely and report back to me by the fall. Once the report of this task force has been received, I hope to bring before Cabinet fairly quickly my proposals for the future direction of Canadian sport policy.

It is difficult at this stage to anticipate the specific nature of any changes to the system that I will bring about, but it is clear at this point that the roles of the government and the non-governmental sector must be more clearly defined and that both sectors must take a more socially responsible approach to the development of Canadian sport.

While it is too early, Madam Chairman, to say much more about what phase three will yield by way of future directions, I can state the government's underlying principles in this review. They include a reduction of the federal government's involvement in the day-to-day administration and internal management of sport bodies, the sharing of responsibility between government and sport organizations in pursuing a social agenda—that is gender equity—as well as improved linguistic access and opportunity for persons with disabilities and for native Canadians, commitment to a sport system based on common values and ethical conduct, strong Canadian leadership in anti-doping.

[Traduction]

De plus, le gouvernement a aussi annoncé, en janvier, qu'il lancerait une campagne antidopage approfondie et complète, au cours de laquelle il prendrait des mesures en vue de reclassifier les substances dopantes afin de s'assurer qu'elles sont soumises à des contrôles plus sévères et qu'elles sont assujetties à des peines conséquemment plus sévères aussi. Le gouvernement a par ailleurs majoré les fonds affectés à la lutte antidopage—qui passeront de 1,4 million de dollars en 1991-1992 à 2,3 millions de dollars chaque année par la suite, en supplément du 1 million de dollars ou presque déjà englouti dans ces efforts.

Nous croyons, madame la présidente, que nous pouvons réduire l'incidence du dopage au Canada grâce à une combinaison de mesures éducatives, de programmes de tests et de règlements sévères. De cette façon, nous pourrions nous doter d'un système sportif fondé sur les principes qui gouvernent l'esprit sportif ainsi que sur une approche éthique à l'égard de la compétition dans le domaine du sport.

La troisième étape de la révision fédérale du rapport Dubin comprend une étude approfondie de la politique fédérale en matière de sport. Le juge Dubin a attribué bon nombre de problèmes qui sévissent dans le sport au Canada au manque de philosophie claire et judicieuse au sein des organismes sportifs gouvernementaux et non gouvernementaux qui veillent à la gestion du sport jour après jour.

Pour mener à bien cette étude sur des aspects importants dans la politique sportive, le gouvernement a mis sur pied un groupe de travail composé de trois personnes et présidé par un ancien fonctionnaire supérieur qui s'est acquis une excellente réputation, M. Cal Best. Ce groupe de travail a été chargé d'étudier les questions soulevées, tout en prenant soin de consulter un large éventail de personnes, et de me fournir un rapport à l'automne. Quand j'aurais reçu le rapport de ce groupe de travail, j'espère pouvoir, dans un très bref délai, soumettre au Cabinet mes propositions concernant l'orientation future de la politique sportive du Canada.

Il est difficile à ce stade-ci de prévoir quelle sera la nature précise des changements que je proposerai, mais il est dès maintenant clair que les rôles des secteurs gouvernemental et non gouvernemental devront être définis plus clairement et que ces deux secteurs devront adopter une approche plus responsable sur le plan social à l'égard du développement du sport au Canada.

Bien qu'il soit trop tôt, madame la présidente, pour parler des répercussions de la troisième étape sur l'orientation future du sport, je peux vous énoncer les principes qui guideront le gouvernement dans cet exercice. Ces principes incluent: une réduction du rôle joué par le gouvernement fédéral dans l'administration et la gestion quotidienne des organismes sportifs; le partage des responsabilités entre le gouvernement et les organismes sportifs dans la poursuite d'objectifs sociaux tels que l'égalité des sexes et l'accès à des chances égales pour tous les groupes linguistiques ainsi que pour les personnes handicapées et les autochtones; la détermination à créer un système sportif fondé sur des valeurs acceptées par tous et sur l'éthique sportive, et le leadership marqué du Canada dans le domaine de la lutte antidopage.

[Text]

[Translation]

• 1120

Pendant que nous révisons la politique en vigueur, madame la présidente, le monde du sport ne reste pas statique. Nous en sommes maintenant à la troisième année de la période quadriennale qui sépare une édition des Jeux Olympiques d'été de la suivante, et donc au cours d'une année pendant laquelle il se tient normalement beaucoup plus de manifestations internationales importantes qu'au cours des autres années du cycle.

Dans un peu plus d'un mois seulement se tiendront à Sheffield, en Angleterre, les «Jeux étudiants mondiaux» auxquels participera une équipe canadienne composée d'athlètes appartenant à douze disciplines individuelles et d'équipe. Ces jeux sont ouverts aux athlètes qui fréquentent des établissements d'enseignement postsecondaire ou qui ont terminé leurs études depuis au plus deux ans. Aussi ces jeux réunissent-ils bon nombre des meilleurs athlètes au monde et offrent-ils des compétitions de très haut calibre.

Quelques semaines plus tard, se tiendront les «Jeux panaméricains» à la Havane, Cuba. Plus de 5,000 athlètes de toutes les régions d'Amérique du Nord, d'Amérique Centrale et du Sud participent à ces jeux de l'hémisphère occidental. Ces jeux fournissent aux athlètes canadiens la possibilité de se mesurer dans des compétitions sportives à des athlètes de notre voisin du sud, avec des athlètes du Commonwealth et des athlètes des pays francophones des Caraïbes ainsi qu'avec, il va sans dire, madame la présidente, des athlètes de pays de langues espagnole et portugaise d'Amérique centrale et du Sud.

En février prochain, les «Jeux olympiques d'hiver» se tiendront à Albertville, en France. Nous savons que nous avons un certain nombre d'athlètes de calibre mondial qui sont vraiment exceptionnels et ce, dans des disciplines telles que le patinage artistique—il suffit ici de rappeler que Kurt Browning a remporté, pendant trois années de suite, le championnat en simple pour hommes—le ski alpin, la biathlon, le bobsleigh et le ski acrobatique. Tous ces athlètes sont capables d'être parmi les meilleurs au monde. Que ces athlètes obtiennent une médaille ou non, l'équipe canadienne sera pour tous les Canadiens un symbole de fierté et d'accomplissement.

À quelques jours de la fin des Jeux d'hiver d'Albertville, commenceront aussi à Albertville les «Olympiques d'hiver pour athlètes handicapés». Le gouvernement fédéral a contribué financièrement au perfectionnement de ces athlètes ainsi qu'aux activités des divers organismes qui gèrent les programmes nationaux pour athlètes handicapés.

Il est impossible, madame la présidente, en quelques minutes seulement, de vous décrire dans le menu détail le programme sportif fédéral pour 1991-1992, mais j'aimerais porter à votre attention les faits saillants suivants:

1. Nous poursuivrons notre important programme d'aide financière et de soutien technique aux organismes sportifs nationaux du Canada qui s'adresse à 60 organismes unidisciplinaires et à 25 organismes multidisciplinaires.
2. Dans le cadre du Programme d'aide aux athlètes, une aide financière directe sera accordée à près de 900 athlètes comptant parmi les meilleurs athlètes canadiens afin de les aider à faire face aux coûts additionnels qui vont de pair avec

Madam Chairman, the world of sport does not stand still during the course of a policy review. This is the third year of the four-year period from one celebration of the Summer Olympics to the next—and as such it traditionally includes more major international events than any other year.

In just over a month, the World's Junior Games will be staged in Sheffield, England, and a Canadian team comprised of athletes in 12 individual and team sports will be competing. These games are open to individuals who attend post-secondary schools, or who have graduated within the past two years. As such, they bring together many of the finest athletes in the world, and the competition is of a very high calibre.

Just a few weeks later, the Pan American Games will take place in Havana, Cuba. These are the western hemisphere games, involving 5,000 or more athletes from throughout the Americas. These games provides an opportunity for sporting competition with our largest neighbour, with the Commonwealth and Francophone countries of the Caribbean, and of course, Spanish- and Portuguese-speaking countries in Central and South America.

Next February, the Winter Olympics will be staged in Albertville, France. We know we have a number of truly outstanding world-class athletes in sports such as figure skating—Kurt Browning has won the men's single championships for the past three years in succession—alpine skiing, biathlon, bobsledding and free-style skiing, who are capable of being among the best in the world. Whether they make it to the podium or not, the Canadian team will be one in which all Canadians can feel a sense of pride and achievement.

Within days of the conclusion of the Albertville Winter Olympics, the Winter Olympiad for Disabled Athletes takes place, also in Albertville. The federal government has provided support for the development of these athletes, and for the various organizations responsible for the management of programs at the national level for athletes with disabilities.

It is impossible, Madam Chairman, in these few minutes, to detail at length the federal sport program for 1991-92, but I would like to note the following highlights:

1. We will continue with our major program of financial and technical support to Canada's national sport organizations—which include 60 single sport bodies, and 25 multi-sport organizations.
2. Through the Athlete Assistance Program, nearly 900 of Canada's best athletes will receive direct financial support aimed at helping to defray their incremental costs of living and training arising from their involvement as high-

[Texte]

le fait d'être un athlète de haute performance. Ces fonds aideront ces athlètes à vivre et à poursuivre leur entraînement. Dans le cadre de ce programme, le gouvernement fédéral fournit tout près de 5 millions de dollars à des athlètes.

3. Nous allons très bientôt entreprendre l'étude la plus complète jamais menée au Canada sur la situation des athlètes canadiens. Les résultats de cette étude seront communiqués au groupe de travail fédéral qui les analysera.

4. Le Programme de l'esprit sportif qui a pour objet de promouvoir les valeurs de l'esprit sportif dans le sport continuera d'être mis en oeuvre. Depuis environ un an, nous mettons l'accent sur la population d'âge scolaire, ce que nous allons continuer de faire. Par ailleurs, nous allons réétudier le cas de la discipline qui est à l'origine, à cause des problèmes qu'elle connaît, de la création de la Commission pour l'esprit sportif, à savoir le hockey. L'automne prochain, je coparrainerai avec la Commission, un Sommet sur le hockey, au cours duquel nous veillerons à reconnaître les progrès accomplis au niveau amateur, tout en essayant de mettre au point un plan d'action en vue d'obtenir une importante réduction de la violence dans le hockey en général.

Notre détermination à améliorer la situation de la femme dans le sport sera l'un des principaux objectifs que nous poursuivrons dans le cadre du programme sportif fédéral. Bien qu'au cours des deux dernières décennies, nous ayons progressé en ce qui concerne la promotion de la femme dans le sport, il reste cependant que les taux de participation des femmes, et plus particulièrement des adolescentes, sont considérablement inférieurs à ceux qui sont enregistrés pour l'autre sexe. À cet égard, madame la présidente, notre programme visera trois principaux objectifs: encourager les femmes à devenir entraîneuses; concevoir et appliquer des lignes directrices sur l'égalité des sexes à l'intention des organismes nationaux du sport et des groupes qui mettent en oeuvre des initiatives communautaires afin d'encourager les femmes à devenir des participantes, des cheffes, des administratrices et des bénévoles.

• 1125

Finally, Madam Chair, I will turn now to the responsibilities of what, until recently, has been the International Relations Directorate of Fitness and Amateur Sport. Towards the end of 1990, a reorganization took place within the branch which saw responsibility for major games position in that directorate to bring co-ordinated leadership to our efforts with major games.

During 1990-91, the directorate established an international advisory committee comprising 15 experts from the sport community to provide advice and guidance on the policies and programs of international relations.

Another important activity of the directorate last year was the organizing of the staging of the seventh session of the UNESCO intergovernmental committee on physical education and sport. The International Relations and Major

[Traduction]

performance athletes. Almost \$5 million is provided by the federal government for this program.

3. We are in the midst of undertaking the most comprehensive study of the status of Canadian athletes ever conducted in Canada. The results of this study will be provided to the federal task force for their review.

4. The Fair Play Program will continue its work aimed at instilling the values of fair play in sport. Over the past year or so, we have focused on the school-age population, and this will continue. As well, however, we will return to the sport whose problems prompted the creation of the Fair Play Commission in the first place—that is hockey. I will be co-hosting, with the Commissioner, a hockey summit in November which, while recognizing progress particularly at the amateur level, will try to chart a common course towards the significant reduction in the level of hockey violence generally.

Our thrust to improve the status of females in sport will be revitalized as a major objective of the federal sport program. While many gains have been made for females in sport over the past two decades, it is still the case that participation rates among females, particularly among adolescents, are considerably lower than among young males. The focus of the program, Madam Chairman, will be in three areas, development of women as coaches, development and implementation of gender equity guidelines for national sport organizations, and community initiatives to encourage involvement of women in sports as participants, leaders, administrators and volunteers.

Pour terminer, madame la président, j'aimerais parler des responsabilités confiées à ce service de Condition physique et Sport amateur qui, encore récemment, était connu sous le nom de Direction des relations internationales. Vers la fin de 1990, la Direction générale a fait l'objet d'une réorganisation, à l'issue de laquelle les responsabilités des jeux d'importance ont été attribuées à la Direction susmentionnée, de manière à mieux coordonner nos efforts en ce domaine.

Au cours de l'année 1990-1991, la Direction a créé un Comité consultatif international, formé de 15 spécialistes des milieux sportifs, et l'a chargé de lui fournir aide et conseils relativement aux politiques et aux programmes touchant les relations internationales.

L'une des autres grandes activités de la direction, l'an dernier, a consisté à organiser la septième session du comité intergouvernemental de l'UNESCO sur l'éducation physique et le sport. Par ailleurs, la Direction des relations

[Text]

Games Directorate was also active in the area of anti-doping policy. It co-ordinated the development and signing of an anti-doping agreement between Australia, the United Kingdom, and Canada, which was announced by my predecessor last December.

This agreement breaks new ground in its information sharing, establishment of common monitoring standards and the reciprocal testing of athletes. Other critical issues in which the directorate will be involved this year include the integration of disabled athletes and the monitoring of change in South Africa, as well as the implementation of a program of assistance to the international representatives of national sport organizations.

Moving now to its responsibilities for major games, the directorate will undertake to consult on and develop a federal hosting strategy. Of particular importance will be the directorate's work in finalizing the negotiation of an umbrella agreement with the Victoria Commonwealth Games Society for the 1994 Commonwealth Games, to which the government is committed to provide up to \$50 million.

It will also play an active role in co-ordinating federal government support to the organizing committees of the 1993 Canada Summer Games in Kamloops, the 1995 Canada Winter Games in Grande Prairie, and the 1995 World Nordic Championships in Thunder Bay.

With regard to the Canada Games, I should note that the Canada Games Council was incorporated as a non-profit agency this past year to create an ongoing visible public presence for these games and to assist in the development of private sector revenues for their operation.

In conclusion, Madam Chair, the Fitness and Amateur Sport Branch has a full and important slate of programs and activities planned for 1991-92. Our primary challenges will centre around the launch of significant events, contributing to the promotion of national unity, and around the development of potentially fundamental change in the direction of Canadian sport policy. In so doing, the branch will be operating with a status quo administrative budget, as I said at the outset, a budget consistent with the direction of constraints set in the February 1991 budget.

For Fitness and Amateur Sport, this has translated into a 10% cut on the operating cost of all work units within Fitness and Amateur Sport, some personnel position reductions, and a tighter management framework to ensure that cost savings are realized.

Thank you, Madam Chair.

The Chair: Thank you. Mr. Joncas.

Mr. Brewin (Victoria): Is it not the practice of this committee to start with the opposition?

Mr. Pagtakhan: Madam Chair, it is the tradition of the committee that the first question is posed by the Official Opposition.

[Translation]

internationales et des jeux d'importance s'est montrée active dans le secteur de la politique en matière de contrôle antidopage. Elle a coordonné la mise au point et la ratification d'une entente antidopage entre l'Australie, le Royaume-Uni et le Canada, dont l'entrée en vigueur a été annoncée par mon prédécesseur en décembre dernier.

L'entente ouvre de nouvelles avenues pour le partage de l'information, l'établissement de normes communes de surveillance et l'administration réciproque de tests aux athlètes. Parmi les autres dossiers critiques auxquels la Direction travaillera cette année, mentionnons l'intégration des athlètes handicapés et la surveillance de l'évolution de la situation en Afrique du Sud, ainsi qu'un programme d'aide aux représentants internationaux des organismes nationaux de sport.

En ce qui concerne ses responsabilités à l'égard des jeux d'importance, la Direction élaborera, après consultation, une politique fédérale d'accueil des jeux. Plus particulièrement, elle terminera la négociation d'une entente-cadre avec la Société des jeux du Commonwealth de Victoria, en prévision des Jeux du Commonwealth de 1994 pour lesquels le gouvernement s'est engagé à fournir jusqu'à 50 millions de dollars d'aide.

En outre la Direction des relations internationales et des jeux d'importance assumera un rôle actif dans la coordination de l'appui fédéral aux comités organisateurs des Jeux d'été du Canada 1993 de Kamloops, des Jeux d'hiver 1995 de Grande Prairie et des Jeux nordiques mondiaux 1995 de Thunder Bay.

Pour ce qui est des Jeux du Canada, je rappelle que le Conseil des Jeux du Canada a été constitué en société à but non lucratif l'an dernier, dans le but d'assurer une représentation publique permanente et visible relativement à ces jeux prestigieux, et de faciliter la cueillette des fonds auprès du secteur privé pour la tenue des jeux en question.

Pour conclure, madame la présidente, je précise que la Direction générale de la Condition physique et du Sport amateur a déjà planifié la mise sur pied d'un éventail riche et complet de programmes et d'activités pour 1991-1992. Les principaux défis à relever se concentrent dans deux secteurs: le lancement d'activités d'envergure contribuant à promouvoir l'unité nationale, et la mise au point de modifications fondamentales qui seront apportées éventuellement à l'orientation de la politique sportive canadienne. Pour cette entreprise, la Direction devra se contenter, comme je l'ai mentionné au début, d'un budget administratif inchangé et dans la ligne du programme de compression établi par le budget de février 1991.

Pour Condition physique et Sport amateur, ces contraintes se sont traduites en une réduction de 10 p. 100 dans les dépenses de fonctionnement des diverses unités de travail, en quelques réductions de personnel et en un cadre de gestion plus strict face aux économies à réaliser.

Merci, madame la présidente.

La présidence: Merci. Monsieur Joncas.

M. Brewin (Victoria): N'a-t-on pas l'habitude à ce comité de commencer par l'Opposition?

M. Pagtakhan: Madame la présidente, la tradition veut qu'à ce comité la première question soit posée par l'Opposition officielle.

[Texte]

The Chair: There is no tradition.

Mr. Pagtakhan: Madam Chair, you are breaking tradition. You have been here for the last two years.

The Chair: It is up to the chairperson. The rules are set by the committee and by the chair.

Mr. Pagtakhan: We have not discussed this rule, Madam Chair.

The Chair: We have frequently rotated the lead question—

Mr. Pagtakhan: This came as a surprise, Madam Chair.

The Chair: —and I suggest that we do it.

Mr. Pagtakhan: Madam Chair, I appeal—

The Chair: Last time your party got three question opportunities. This party over here got considerably less. The members on committees are equal.

Mr. Pagtakhan: Madam Chair, I would like to appeal your decision—

The Chair: And I suggest we begin here.

Mr. Pagtakhan: —to invoke parliamentary tradition. The purpose of questioning—

The Chair: Are you challenging the ruling of the chair?

Mr. Pagtakhan: Yes, Madam Chair.

• 1130

The Chair: All in favour of upholding the ruling of the chair, raise your hands.

Mr. Tremblay (Québec-Est): Il nous faut un règlement, madame la présidente. J'ai assisté à plusieurs réunions, et avec les changements des règlements qu'on a vécus ces derniers mois il est bien évident que les comités permanents se doivent d'être de moins en moins partisans—

Mr. Brewin: Madam Chair, on a point of order.

M. Tremblay: Laissez-moi terminer, s'il vous plaît.

The Chair: Mr. Tremblay is speaking to the point of order.

Mr. Brewin: I am going to ask my colleague to withdraw—

M. Tremblay: Il y en a qui sont sourds!

Mr. Brewin: —it so we can get on with the questioning of the witness and not waste time on this. I would ask him if he would be prepared to do so.

The Chair: I have recognized Mr. Tremblay and he is speaking.

Mr. Brewin: We are going into a stall. Now, we had one stall of a long statement from the minister and now we have another one.

This is an issue that has not until now been a partisan one. We should see if we cannot resolve this matter very quickly so that we can all have a chance to ask questions of the minister. Could we just get on with it?

[Traduction]

La présidence: Ce comité n'a pas de tradition.

M. Pagtakhan: Madame la présidente, vous rompez la tradition. Vous êtes ici depuis deux ans.

La présidence: La décision appartient à la présidence. Les règles sont fixées par le comité et la présidence.

M. Pagtakhan: Nous n'avons pas débattu cette règle, madame.

La présidence: Nous avons souvent alterné la première question. . .

M. Pagtakhan: C'est nouveau, madame la présidente.

La présidence: Et c'est ce que je propose que nous fassions.

M. Pagtakhan: Madame la présidente, j'en appelle. . .

La présidence: La dernière fois, votre parti a eu l'occasion de poser trois questions. Ce parti ici a eu beaucoup moins l'occasion de le faire. Au sein des comités, les membres sont égaux.

M. Pagtakhan: Madame la présidente, j'aimerais en appeler de votre décision. . .

La présidence: Je propose que nous commençons maintenant.

M. Pagtakhan: . . . d'invoquer la tradition parlementaire. L'objectif des questions. . .

La présidence: Remettez-vous en question la décision de la présidence?

M. Pagtakhan: Oui, madame la présidente.

La présidence: Tout ceux qui sont d'accord avec la décision de la présidente, levez la main.

Mr. Tremblay (Québec-Est): We need some rules, Madam Chair. I have attended several meetings, and given the changes in the Standing Orders that we have seen over the past few months, it is obvious that standing committees must become less and less partisan. . .

M. Brewin: Madame la présidente, j'invoque le Règlement.

Mr. Tremblay: Let me finish, please.

La présidence: M. Tremblay a la parole pour faire un rappel au Règlement.

M. Brewin: Je vais demander à mon collègue de le retirer. . .

Mr. Tremblay: Some people are deaf!

M. Brewin: . . . pour que nous puissions continuer à poser des questions au témoin et ne pas gaspiller de temps. J'aimerais lui demander s'il est d'accord.

La présidence: La parole est à M. Tremblay et c'est lui qui parle.

M. Brewin: On va de nouveau perdre du temps. Nous en avons déjà perdu avec la longue déclaration du ministre et maintenant la situation va se répéter.

Jusqu'à présent, cette question n'a pas été une question partisane. Nous devrions essayer de résoudre cette question très rapidement pour pouvoir tous poser des questions au ministre. Est-ce que nous pourrions continuer?

[Text]

The Chair: Mr. Joncas, would you like to begin, then?

M. Joncas (Matapédia—Matane): J'ai deux courtes questions à poser. Monsieur le ministre, vous avez parlé des efforts qui sont faits au niveau du programme antidopage. Est-ce que vous pourriez me dire si ces efforts-là ont porté fruit par rapport à ce qui existait? Y a-t-il eu des répercussions dans tous les pays, ou est-ce plus particulier au Canada?

M. Cadieux: Je pense, monsieur Joncas, compte tenu des situations que nous avons connues lors, entre autres, des derniers Jeux olympiques à Séoul, qu'il y a eu une prise de conscience dramatique relativement à la question du dopage des athlètes. Vous vous souviendrez facilement de la Commission Dubin dont nous sommes encore en train de compléter l'analyse des nombreuses recommandations.

Comme vous le savez, si ma mémoire est bonne, il y a eu 70 recommandations faites par monsieur le juge Dubin. Il y en a environ 62 auxquelles le gouvernement a déjà répondu, dont celles qui ont traité en particulier de la question du dopage des athlètes qui étaient particulièrement visés par les conclusions de la Commission, et celles qui ont amené la mise en place de mécanismes afin de s'assurer qu'une telle situation ne se représente plus, pour en fait mettre fin à la question du dopage des athlètes.

Évidemment, nous sommes non seulement des partisans mais des promoteurs de l'esprit sportif et de l'équité dans le sport, pour bannir l'usage des drogues, en général, lors d'événements sportifs comme les jeux olympiques.

En général, au Canada, il y a eu des améliorations, bien sûr. Il y a eu la mise en place, comme je vous le disais, de certaines sanctions, de mécanismes, etc.; le Canada a toujours été reconnu, je crois, comme étant un leader au niveau international relativement à la question antidrogue. Nous sommes les instigateurs, sinon des participants de première heure, d'ententes internationales relativement à la question des drogues pour essayer d'obtenir l'accord de d'autres pays pour adopter des mesures comme le Canada l'a fait, afin de s'assurer que partout dans le monde, lors de compétitions internationales olympiques, etc., tout le monde soit sur la même base, si vous voulez, à savoir celle de l'esprit sportif, de l'équité, etc.

Nous sommes d'ailleurs responsables pour l'élaboration d'une charte mondiale et de la première conférence sur le sujet; le Comité olympique international a d'ailleurs adopté la charte relativement à la question du dopage, ou de l'antidopage si vous voulez.

Je pense que le Canada est à l'avant-garde, si je peux me permettre l'expression, dans ce domaine-là. Il y a encore beaucoup à faire, je crois, parce que le but ultime, bien sûr, c'est d'avoir des athlètes, des entraîneurs, etc., qui participent à l'échelle mondiale à des activités et cela, sans qu'il y ait possibilité de dopage.

M. Joncas: Une dernière question. Vous avez touché à la catégorie des personnes handicapées. Qu'est-ce qui se fait pour améliorer la qualité de vie des personnes handicapées au niveau sportif et ce, dans l'immédiat?

[Translation]

La présidence: Monsieur Joncas, voulez-vous commencer, alors?

Mr. Joncas (Matapédia—Matane): I have two short questions to ask. Minister, you spoke about the efforts being made in the anti-doping program. Could you tell me whether there have been any results with respect to the past situation? Have there been repercussions in all countries, or mainly in Canada?

Mr. Cadieux: I think, Mr. Joncas, given the past situation, and among others, the last olympic games in Seoul, that there has been a dramatic raising of awareness with respect to the athletic doping issue. You remember of course the Dubin Commission—we are still completing the analysis of the several recommendations that it contained.

As you know, if my memory serves me well, 70 recommendations were made by Judge Dubin. The government has already answered 62 of them, in particular those recommendations dealing with the doping of athletes. This issue was the focus of the commission's conclusions and the recommendations resulted in the establishment of mechanisms to ensure that this situation did not occur again and to end the problem of doping in athletes.

Obviously, we are not only partisans, but promoters of fair play in sports and of banning the use of drugs, in general, during sports events such as the olympic games.

In general, in Canada, there have been improvements, of course. As I told you, there are mechanisms and some sanctions have been established. I think that Canada has always been recognized as an international leader with respect to the anti-doping issue. We have been instigators of, if not the first participants in, international agreements on the use of drugs. We have obtained the agreement of other countries to adopt the same measures as Canada, in order to ensure that every country in the world, during international olympic competitions, etc., is on an equal footing, and that fair play is respected.

As a matter of fact, we are responsible for the drafting of a global charter and the first conference on this subject. The International Olympic Committee adopted the charter on doping, or anti-doping.

I think that Canada is at the forefront, if I may use the expression, in this area. There is still a lot to do, I think, because the ultimate goal, of course, is to have athletes, trainers, etc., participating on a global scale in these activities, without the possibility of doping.

Mr. Joncas: One last question. You talked about disabled people. What is being done at the present time to improve the quality of life of disabled people involved in sports?

[Texte]

[Traduction]

• 1135

M. Cadieux: Mes prédécesseurs ont pris cette question-là très au sérieux et ont évidemment, non seulement encouragé, mais travaillé à s'assurer que les athlètes handicapés soient traités d'une façon adéquate quant à leur participation à des sports. Il y a eu des pas importants de franchis. On voit de plus en plus la participation d'athlètes handicapés avec les moyens appropriés dans le cadre d'activités sportives nationales et internationales, etc.; je suis persuadé qu'il y a encore beaucoup à faire et qu'il y aura encore beaucoup qui sera fait.

Vous n'êtes pas sans savoir, entre autres, que dans le discours du Trône il a été question des handicapés. Forcément, il va y avoir un chapitre, si je peux utiliser cette expression, qui devra bien sûr s'adresser particulièrement aux athlètes handicapés; et je crois que nous verrons des initiatives importantes dans ce domaine-là.

Je sais, par exemple, que pour les Jeux du Commonwealth à Victoria, il y a des sports qui ont été choisis et reconnus, où il y aura une participation adéquate des handicapés. Je pense que mon prédécesseur a déjà indiqué que le gouvernement fera en sorte de s'assurer que ces gens-là soient traités adéquatement.

The Chair: Mr. Kilger.

Mr. Kilger (Stormont—Dundas): I do want to begin by wishing you well in your chairmanship. I might also express my surprise and even disappointment, but certainly I respect the chair and will—

The Chair: The new rules indicate that all members are equal.

Mr. Kilger: If I could make a general statement, Madam Chairman, all committees, including this one, would do well to possibly review the conduct of the business of the Subcommittee on Fitness and Amateur Sport. You would see that there has been no partisanship on that subcommittee, and I think it would stand well as an example to all committees.

I also want to congratulate the minister on his new position and certainly express my co-operation with him and the sporting community. I would ask his good friend and the assistant deputy minister to his left, who has been here with other ministers, if he could not find a way to make his report somewhat shorter to allow us more time to speak and to have an exchange with the minister. I think we respect this minister and do not intend to draw him into technical questions of a nature that would be unfair to him. I think we know the real sense of fair play. So I know you can have his ear and he can have your ear reciprocally on many more occasions than we have, so I would hope you would give us more time, Mr. Makosky, if it is at all possible. I know if we ask you a question your answers are also very detailed and very lengthy, so I just hope that we could have a little bit more time.

I would like to follow up on the conclusion of the minister—

Mr. Cadieux: My predecessors took this issue very seriously and not only did they ask for the disabled athletes to be treated in an appropriate way but they also took measures in order to ensure it. They made major progress. We are going to see more and more disabled athletes participating in national and international sport events and benefiting from appropriate tools; there is still a lot to do however and a lot will be done.

You are aware of the fact that, among other things, disabled persons were mentioned in the Throne Speech. There will be for sure a chapter, if I may use this expression, especially dedicated to the disabled athletes; and I trust that there will be major initiatives in that field.

I know for instance that for the Commonwealth Games in Victoria games have been selected and agreed upon for the appropriate participation of disabled athletes. I think that my predecessor already indicated that the government will ensure that they are treated as they should be.

La présidence: Monsieur Kilger.

M. Kilger (Stormont—Dundas): Je tiens d'abord à vous souhaiter bonne chance à la présidence. Je pourrais également faire état de mon étonnement et même de ma déception, mais je voue à la présidence tout le respect qui lui est dû et je. . .

La présidence: Selon les nouvelles règles, tous les membres sont égaux.

M. Kilger: Si je peux faire une observation d'ordre général, madame la présidente, j'aimerais dire que tous les comités, y compris celui-ci, auraient intérêt à examiner le déroulement des travaux du sous-comité de la Condition physique et du Sport amateur. On verrait que ce sous-comité s'élève au-dessus des lignes de parti et il me semble être un bon exemple pour tous les comités.

Je tiens également à féliciter le ministre pour sa nomination et je peux certainement l'assurer de ma collaboration avec son ministère et la communauté sportive. J'aimerais demander à son bon ami et sous-ministre adjoint qui se trouve à sa gauche, qui a d'ailleurs accompagné ici d'autres ministres, s'il ne pourrait pas abréger son rapport afin de nous donner plus de temps pour discuter et échanger des points de vue avec le ministre. Je pense que nous éprouvons beaucoup de respect pour le ministre et n'avons pas l'intention de l'accabler indûment de questions techniques. Nous savons vraiment ce que signifie jouer franc jeu. Sachant que vous pouvez le consulter et qu'il peut vous consulter beaucoup plus fréquemment que nous ne le pouvons, je vous prie de bien vouloir nous accorder un peu plus de temps, monsieur Makosky, si c'est possible. Je sais que quand on vous pose des questions vous répondez de façon très détaillée et très longuement, c'est pourquoi je vous demande de nous accorder un peu plus de temps.

J'aimerais revenir à la conclusion du ministre. . .

[Text]

Mr. Cadieux: Could I interject for a second on what you have just said? First of all, I appreciate the goodwill of this particular committee. I have heard about the non-partisanship of this committee. I also want to underline the excellent work of the subcommittee, which I believe was not only helpful but very kind to my—

The Chair: I have this terrible position that there are six people who want to ask questions. There is only five minutes, but he still has not asked his question.

Mr. Cadieux: It has nothing to do with your rules.

Mr. Kilger: Then let me get right to the question.

Mr. Cadieux: If I cannot say anything, Madam Chairman, I might as well leave.

The Chair: If we talk about the subcommittee—

Mr. Pagtakhan: Order, Madam Chairman. You keep using time and wasting time, Madam Chairman.

The Chair: He started at 11.37 a.m. I have six questioners. If the questioners are all to get on, you are going to have to ask your questions and get on with it. Would you ask your question, please?

Mr. Kilger: Yes, Madam Chairman.

Mr. Cadieux: So, Mr. Kilger, I will talk to you about the excellent work of the subcommittee—

Mr. Kilger: Thank you very much for your comments. At some other time and place we will have those opportunities.

Mr. Cadieux: I am always on the conservative side.

Mr. Kilger: Let us just get to it. In your concluding remarks, and I draw from your report here, you say that your primary challenges will centre around the launch of significant events contributing to the promotion of national unity. Going back to the subcommittee which you spoke of so well, recommendation number 24 states that the federal government contribution in the sports field is beneficial for Canadian society, that it serves to promote a sense of unity and pride, and in this regard the federal government must continue to contribute to the sports system. Indeed, the government should consider the advisability of increasing its financial commitment toward sport.

• 1140

I would like to give the honourable minister an opportunity to say if he supports this recommendation. Given the present constitutional crisis in Canada, does he not see sports as one of those tools out there to promote national unity and consequently as deserving of increased federal funding?

Mr. Cadieux: I definitely consider sport as being a good vehicle or instrument, or whatever word to that effect we may want to use, with respect to unity and Canadian unity. There is no question in my mind about that.

I give you but one example, to keep my answer short so that we all comply with the chair's wishes. The games in P.E.I. this winter were an excellent example of the power and the possibilities that those events bring about to demonstrate

[Translation]

M. Cadieux: Puis-je prendre la parole sur ce que vous venez de dire? D'abord, je reconnais la bonne volonté de ce comité et je m'en réjouis. Je connais sa réputation de comité non partisan. Je tiens également à souligner l'excellent travail du sous-comité, qui a été non seulement utile mais très généreux envers. . .

La présidence: Il y a malheureusement six personnes qui veulent poser des questions. Nous ne disposons que de cinq minutes, et il n'a pas encore posé sa questions.

M. Cadieux: Cela n'a rien à voir avec les règles du comité.

M. Kilger: Je vais aller droit au but.

M. Cadieux: Si je ne peux rien dire, madame la présidente, je ferais tout aussi bien de partir.

La présidence: Si nous parlons du sous-comité. . .

M. Pagtakhan: J'invoque le Règlement, madame la présidente. Vous ne cessez de nous faire perdre du temps, madame la présidente.

La présidence: Il a commencé à 11h37. Six personnes veulent poser des questions. Pour que les six puissent poser leurs questions, il vous faudra poser les vôtres et poursuivre. Voulez-vous poser votre question, s'il vous plaît?

M. Kilger: Oui, madame la présidente.

M. Cadieux: Alors, monsieur Kilger, je veux vous parler de l'excellent travail du sous-comité. . .

M. Kilger: Merci beaucoup pour cette observation. A un autre moment et ailleurs nous aurons d'autres occasions.

M. Cadieux: Je suis toujours du côté conservateur.

M. Kilger: Revenons-en au fait. Dans vos observations, et je me reporte ici à votre document, vous dites que vos premières initiatives viseront le lancement d'événements d'importance contribuant à la promotion de l'unité nationale. Pour revenir à ce sous-comité dont vous dites tant de bien, selon la recommandation numéro 24, la contribution du gouvernement fédéral au domaine des sports profite à toute la société canadienne, sert à promouvoir l'unité et la fierté, et pour cette raison le gouvernement fédéral doit continuer de contribuer au domaine des sports. Il va sans dire que le gouvernement doit réfléchir à l'opportunité pour lui d'accroître sa participation financière au domaine des sports.

Je voudrais donner au ministre l'occasion d'accorder son appui à cette recommandation. Compte tenu de l'actuelle crise constitutionnelle qui sévit au Canada, ne considère-t-il pas que les sports sont un outil de promotion de l'unité nationale et méritent par conséquent que le gouvernement fédéral leur accorde une augmentation de budget?

M. Cadieux: Je considère les sports comme un bon instrument d'intervention en matière d'unité canadienne. Cela ne fait pour moi aucun doute.

Pour me limiter à l'essentiel, je ne vous donnerai qu'un exemple afin que nous respections la volonté de la présidente. Les jeux du Canada qui se sont tenus dans l'Île-du-Prince-Édouard cet hiver illustrent les formidables

[Texte]

the Canadian unity concept. I believe all the games that were held there—the atmosphere, the way people reacted to each other, independently of where they came from in Canada—was a definite demonstration of unity and how important it is to enhance that principle. There is no question in my mind.

The Chair: Mrs. Anderson.

Mr. Brewin: What is going on? Madam Chairman, on a point of order, I may have to apologize to you because we are not regular members of this committee, but what we have heard is the minister on the estimates of Fitness and Amateur Sport. These committees were established in lieu of Parliament itself to deal with estimates. If you are going to constrain the opposition members to five minutes. . . And I was watching the clock. It included the very useful words of the minister and your own intervention—

The Chair: And the points of order and so on.

Mr. Brewin: You just make a complete shambles of the whole parliamentary system. We are accountable to the people of Canada for asking questions on the estimates and how over \$70 million of public money is spent. My friend had one question, and that is all. The system cannot work that way. How long are we going? Can we go till 12.30 p.m.?

The Chair: We have one hour for this deputation. There is another committee coming in at noon. This morning we did the Status of Women first of all in one hour. We had five-minute deputations at that time—

Mr. Brewin: Half an hour for a statement from the minister.

Mr. Pagtakhan: It is a mockery, Madam Chairman.

Mr. Brewin: Can we ask the minister whether he would be prepared to come back next week? I realize that his schedule is busy, but that would take some of the pressure off.

The Chair: That is fine. But if everybody wants to get on and if our side gets the same number of questions as your side, then you have to have five minutes, and people have to be reasonable and co-operative, ask their questions promptly and allow the minister to answer.

Mr. Brewin: Well, perhaps the solution is to ask him to come to the subcommittee, because this is ludicrous.

The Chair: I think that might be a good idea, a leisurely meeting at some time—

Mr. Brewin: Leisurely may not be the exact description of it.

The Chair: —that might be convenient. But unfortunately, the committee decided to hear all these estimates in one week.

Mr. Brewin: But perhaps at least supporters of the government are not the only people who get to ask the questions.

[Traduction]

possibilités qu'offre ce genre d'événement pour prouver la réalité de la notion d'unité canadienne. Je pense que toutes les épreuves qui s'y sont déroulées, l'atmosphère ambiante, les relations entre tous les participants, quelle que soit leur région d'origine, ont donné à tous une leçon d'unité nationale, et ont montré pourquoi il fallait se consacrer à ce principe. Cela ne fait aucun doute dans mon esprit.

La présidence: Madame Anderson.

M. Brewin: Qu'est-ce qui se passe? Madame la présidente, j'invoque le Règlement; je vous prie de m'excuser, car nous ne sommes pas membres en titre de ce comité, mais le ministre est censé parler du budget de la Condition physique et du Sport Amateur. On a créé ces comités en leur confiant la fonction de contrôle budgétaire du Parlement. Si on limite les interventions des députés de l'opposition à cinq minutes. . . Et j'ai bien regardé l'horloge. Cette période comprenait l'intervention très utile du ministre, ainsi que la vôtre. . .

La présidence: Et les rappels au Règlement, etc.

M. Brewin: Vous bousculez l'ensemble du système parlementaire. Devant la population canadienne, nous avons la responsabilité de poser des questions sur les budgets, pour savoir par exemple à quoi on va consacrer 70 million de dollars de fonds publics. Mon ami a posé une question, et c'est tout. On ne peut pas fonctionner de cette façon. De combien de temps disposons-nous? Pouvons-nous poursuivre la séance jusqu'à 12h30?

La présidence: Il nous reste une heure. La salle est occupée par un autre comité à partir de midi. Ce matin, nous avons déjà consacré une heure du comité à la condition féminine. Nous avons procédé à des tours de questions de cinq minutes. . .

M. Brewin: Alors que la déclaration du ministre a duré une demi-heure.

M. Pagtakhan: C'est grotesque, madame la présidente.

M. Brewin: Pouvons-nous demander au ministre s'il peut revenir la semaine prochaine? Je sais qu'il est très occupé, mais on pourrait ainsi atténuer la difficulté présente.

La présidence: C'est parfait. Mais si quelqu'un doit intervenir, il devra se contenter de cinq minutes, pour que les députés conservateurs puissent avoir autant de questions que ceux de l'opposition, et je vous demande d'être raisonnables et de vous montrer coopératifs, de poser vos questions rapidement et de permettre au ministre d'y répondre.

M. Brewin: On pourrait peut-être lui demander de comparaître devant le Sous-comité, car la situation présente est tout à fait ridicule.

La présidence: C'est une bonne idée, on pourrait envisager une réunion décontractée à un moment. . .

M. Brewin: Décontractée n'est peut-être pas le mot approprié.

La présidence: Qui conviendra à tout le monde. Mais malheureusement, le comité a décidé d'étudier l'ensemble du budget en une semaine.

M. Brewin: Du moins ne faudrait-il pas réserver aux partisans du gouvernement le privilège exclusif de poser des questions.

[Text]

The Chair: Mrs. Anderson.

Mrs. Anderson: How will the Canadian policy on sporting contacts with South Africa be affected by the recent announcements and changes in South Africa?

Mr. Cadieux: To try to be short in the answer again, we are encouraged by the appearance of movement with respect to the policy vis-à-vis South Africa. There have been a number of conditions, as you know, that have been put forward to recognize South Africa's participation, etc. Canada obviously supports those conditions and hopes they will materialize and be met and be respected. In the meantime we will not change our policy as it is today until those conditions are met, but we are encouraged by the direction that seems to be evolving right now. We hope that at some point the conditions will be met and that there will be active participation.

Mrs. Anderson: Very good. You also mentioned the agreement with the Victoria Commonwealth Games Society. What is the current state of the negotiations with Victoria concerning the federal contribution to the 1994 Commonwealth Games?

• 1145

Mr. Cadieux: We hope to complete what is called the umbrella agreement very shortly. I am informed, after a few meetings with some people involved with respect to the Victoria Games, that things are going well. I have not been told of any major difficulties that would prevent the umbrella agreement which I hope will be settled and finished within the next little while.

Mrs. Anderson: What success has been achieved to date regarding the status of females in sport?

Mr. Cadieux: The government obviously is for gender equality. We promote it, we enhance it, and we communicate actively with the national organizations in order to make sure they do the same. I believe there has been a lot of progress.

Again, as I said in my opening remarks, which apparently were too lengthy, there are still some great differences in the number of female "participants" vis-à-vis male participants with respect to sport activities, whether it be as athletes, coaches, volunteers, etc. I believe there has to be a lot more advertising done. Obviously the government is very supportive of the gender equality concept. We are for equality in all our policies.

Mr. Brewin: Madam Chairperson, in view of the time restraints I am going to use a technique which I saw a veteran Member of Parliament use on past occasions, which is to ask all of my questions and then the minister can take whatever time he likes to answer them.

Mr. Cadieux: I will take notes.

The Chair: I will ask you to stop at five minutes and then we will have those answered in writing.

Mr. Brewin: I will not go beyond five minutes in my questions, Madam Chairperson.

[Translation]

La présidence: Madame Anderson.

Mme Anderson: Quelles vont être les conséquences des changements récemment annoncés en Afrique du Sud sur la politique canadienne concernant les échanges sportifs avec ce pays?

M. Cadieux: Pour vous répondre brièvement, je dirais que nous trouvons encourageante cette amorce de changement dans nos relations avec l'Afrique du Sud. Comme vous le savez, on avait soumis la reconnaissance de la participation de l'Afrique du Sud à un certain nombre de conditions. Le Canada y est favorable et espère qu'elles seront respectées. Dans l'immédiat, nous n'avons pas l'intention de changer d'attitude tant que ces conditions n'auront pas été réunies, mais la tendance actuelle nous semble encourageante. Nous espérons que tôt ou tard, ces conditions seront respectées et que l'Afrique du Sud pourra participer activement à tous les événements sportifs.

Mme Anderson: C'est parfait. Vous avez également parlé d'un accord avec la Société des Jeux du Commonwealth de Victoria. Quel est l'état actuel des négociations avec Victoria concernant la contribution fédérale aux jeux du Commonwealth de 1994?

M. Cadieux: Nous espérons conclure très prochainement l'entente-cadre. Après avoir rencontré à quelques reprises certains des responsables des Jeux de Victoria, je considère que les choses se passent bien. On ne m'a signalé aucune difficultés majeures susceptibles de faire obstacle à cette entente-cadre qui, je l'espère, devrait être paraphée très prochainement.

Mme Anderson: Quels progrès a-t-on fait jusqu'à présent en ce qui concerne la situation de la femme dans les sports?

M. Cadieux: Naturellement, le gouvernement est favorable à l'égalité des sexes. Nous en assurons la promotion et nous intervenons activement auprès des fédérations nationales pour qu'elles fassent de même. Je pense que d'importants progrès ont déjà été réalisés.

Encore une fois, comme je l'ai dit dans ma déclaration d'ouverture, qui était apparemment trop longue, il y a encore un écart important entre le nombre des femmes et des hommes qui participent à des activités physiques, que ce soit en tant qu'athlètes, entraîneuses, bénévoles, etc. Il faudrait davantage de publicité à ce sujet. Évidemment, le gouvernement est tout à fait favorable au principe de l'égalité des sexes. Nous sommes pour l'égalité dans tous les domaines d'intervention.

M. Brewin: Madame la présidente, compte tenu du manque de temps, je vais recourir à une technique utilisée autrefois par un député de grande expérience, qui consiste à poser toutes les questions en une seule fois, pour laisser au ministre le temps qu'il souhaite pour y répondre.

M. Cadieux: Je vais prendre des notes.

La présidence: Je vais vous demander d'arrêter au bout de cinq minutes, et vous obtiendrez vos réponses par écrit.

M. Brewin: Mes questions ne dépasseront pas cinq minutes, madame la présidente.

[Texte]

First of all, what I would like to ask is a question arising out of the fact that it is very clear that funding for Fitness and Amateur Sport has been frozen now for practical purposes for a number of years, at least the last three years, at roughly the same amount of money. The effect, with inflation, has been to decrease the money available for sports programs, and with the increased pressure on various programs there has been a decreased dollar.

On the other hand, the government was willing to commit itself to very substantial sums—I do not have the exact number—probably in the \$100 million range, for the Olympics if Toronto's bid had been successful. I can remember a number of sports organizations were a bit worried about that because they said it would suck up all the money.

Where is that Olympic money, and can it not be made available consistent with the subcommittee report to increase funding for sports in Canada? Can the minister, who was so successful before Treasury Board with his colleagues in getting extra money for CSIS, \$20 million or something, at a time when the Cold War was over, use his persuasive skills to get more money for sport?

The second subquestion relates to the consultative process. What is happening now is a very important process of consultation and planning for a whole new system of governance of sport in this country which arises out of our subcommittee recommendation and the initiatives of your predecessor, and so forth. You have endorsed that in your statement this morning.

I am a bit concerned, partly because of the language of your statement this morning, that there will not be sufficient consultation on exactly how the new system is designed. There is one track going on with the sports organizations and others holding forums. They held one that you attended and that I was at briefly in Toronto, and there is another planned for the fall.

That is one track, and then there is the other track. In your statement you seem to suggest that you even contemplate going to Cabinet. I would like some assurance from you that you will listen carefully to the sports community before any decision is made and before any new process begins.

Third, in relation to the special groups, women, the disabled and aboriginal participants, not only will you insist that they have a strong voice in the consultative process and in any new governance, but further, for their own purposes we have recommendations about secretariats here and that those groups be given strong support by you in consulting about their particular needs so they do not just come cap in hand occasionally to Sports Canada but have a very strong voice in designing what they want.

[Traduction]

Tout d'abord, il est tout à fait évident que le financement de la Condition physique et du Sport amateur est gelé depuis des années, au moins depuis trois ans, si bien qu'à cause de l'inflation, on a moins d'argent à consacrer aux programmes sportifs, dont les responsables doivent faire face à une augmentation de la demande.

En revanche, le gouvernement s'était engagé à consacrer des montants très importants—je ne m'en souviens plus exactement, mais de l'ordre de plusieurs centaines de millions de dollars—aux jeux olympiques si l'offre de Toronto avait été acceptée. Je sais qu'un certain nombre de fédérations sportives s'en sont inquiétées, car on disait que cette opération allait drainer tout le budget des sports.

Où est cet argent qu'on avait consacré aux jeux olympiques, et ne peut-il pas être employé, comme le recommandait le rapport du sous-comité, pour financer davantage les sports au Canada? Le ministre, qui a si bien réussi, avec ses collègues, à obtenir du Conseil du Trésor un montant supplémentaire d'une vingtaine de millions de dollars pour le SCRS alors que la guerre froide était finie, le ministre, donc, pourrait-il utiliser ses dons de persuasion à l'obtention de fonds supplémentaires pour les sports?

Ma deuxième question concerne le processus de consultation. On assiste actuellement à un très important processus de consultation et de planification concernant un nouveau mode d'administration des sports au Canada, à la suite des recommandations de notre sous-comité, des initiatives prises par votre prédécesseur, etc. Vous avez approuvé cette démarche dans votre déclaration de ce matin.

À cause notamment de la formulation de cette déclaration, je crains qu'il n'y ait pas suffisamment de consultations sur la conception même de ce nouveau mode d'administration. Une partie du nouveau système concerne les fédérations sportives, tandis qu'une autre concerne la tenue de colloques. Vous avez participé à l'un d'entre eux, auquel j'ai brièvement assisté à Toronto, et on en prévoit un autre pour l'automne.

Voilà donc des orientations de la nouvelle politique, mais il y a en une autre. Dans votre déclaration, vous avez parlé de votre intention de vous adresser au Cabinet. Je voudrais obtenir de vous l'assurance que vous allez écouter attentivement l'avis de la communauté sportive avant de prendre une décision et avant de prendre toute mesure nouvelle.

Troisièmement, en ce qui concerne la participation des membres des groupes particuliers, des femmes, des personnes handicapées et des autochtones, vous insistez pour qu'ils puissent tous intervenir activement au cours du processus de consultation et dans le nouveau mode d'administration, mais en outre, on nous a fait des recommandations concernant le secrétariat de ces organismes, et la nécessité pour eux d'obtenir votre appui et de pouvoir vous faire part de leurs besoins particuliers, de façon qu'il n'y aient pas à venir régulièrement quémander auprès de Sports Canada, et qu'ils puissent exprimer leurs souhaits.

[Text]

[Translation]

• 1150

My final subquestion has to do with athletes' rights. Our committee made a specific recommendation in October about the coach of weightlifting, Andr s Calleja. Nothing has happened with that. Your officials or your predecessor's officials have cut off discussions from you, and it may be not appropriate in this case to go into the details.

Let me just ask you if, in general, you could give this committee some assurance that you will pay personal attention to the issue of rights for athletes and that we will not have to wait for another year for the task force report. It was a year ago that your predecessor told this committee about this task force on the status of athletes, and you say today that the task force is still under way. We have had nothing in response to our requests about independent arbitration. The Dubin inquiry's recommendations for independent arbitration have been before Sports Canada and your ministry for over a year, and nothing has happened with it. I would ask you to give us some assurance that you will give that some personal attention in the weeks ahead so some real progress can be made there.

Thank you, Madam Chair.

The Chair: Obviously you have one minute left.

Mr. Cadieux: Do I have five minutes in which to answer?

The Chair: No, you do not have five minutes in which to answer.

Mr. Brewin: The minister can take whatever is necessary.

The Chair: We can have the questions answered by the minister in writing, and perhaps he can have a one-minute—

Mr. Brewin: This is the only committee of the House of Commons in which the minister is not entitled to take the time necessary to answer the questions.

The Chair: Unfortunately, we have only half an hour and six people want to ask questions. I must remind you that it has to be fair.

Mr. Pagtakhan: Proceed, Madam Chairman.

The Chair: Otherwise he will not get a question.

Mr. Brewin: Well, I apologize. That was not fair to him.

The Chair: Could you just make a few brief comments and take the material back and have it answered in writing, unfortunately?

Mr. Cadieux: Obviously, since all the questions were put in the good old technique that my colleague has learned in recent years—

Mr. Brewin: I apologize to you. I thought you would have time to answer.

Ma dernière question concerne les droits des athlètes. Notre comité a fait une recommandation précise en octobre au sujet de l'entraîneur des halt rophiles, Andr s Calleja. Nous n'avons jamais eu de nouvelles depuis. Vos fonctionnaires ou ceux de votre prédécesseur ont rompu les discussions, et il ne convient peut-être même pas d'en discuter en détail ici.

Mais j'aimerais tout de même vous demander de donner au comité l'assurance que vous vous int resserez personnellement à la question des droits des athlètes et que vous ne nous ferez pas attendre le rapport du groupe de travail pendant encore un an. Cela fait déjà un an que votre prédécesseur a annoncé la création de ce groupe de travail sur le statut des athlètes, et vous dites que les travaux du groupe en question sont toujours en cours. Nous n'avons jamais eu de réponse non plus à notre demande au sujet du recours à l'arbitrage indépendant. Les recommandations de l'enquête Dubin au sujet du recours à un arbitre indépendant ont été présentées aux responsables de Sports Canada et de votre ministère il y a plus d'un an, mais il ne s'est rien passé depuis. Je vous demande donc de nous donner l'assurance que vous vous chargerez vous-même dans les semaines qui viennent de faire avancer ce dossier.

Merci, madame la présidente.

La présidence: Il vous reste une minute.

M. Cadieux: Est-ce qu'on m'accorde cinq minutes pour répondre?

La présidence: Non, vous n'aurez pas cinq minutes.

M. Brewin: Le ministre pourra prendre tout le temps qu'il lui faut.

La présidence: Le ministre pourrait éventuellement répondre aux questions par écrit, et prendre tout de suite une minute. . .

M. Brewin: Ce comité doit bien être le seul dans toute la Chambre des communes qui ne permet pas au ministre de prendre le temps nécessaire pour répondre aux questions qu'on lui pose.

La présidence: Nous n'avons malheureusement qu'une demi-heure et six personnes souhaitent poser des questions. Je vous rappelle que je me dois d'être juste envers tous le monde.

M. Pagtakhan: Allez-y, madame la présidente.

La présidence: Autrement, il n'aura pas la possibilité de poser une question.

M. Brewin: Eh bien, je lui présente mes excuses. Ce n'était vraiment pas très juste pour lui.

La présidence: Pourriez-vous vous contenter de faire quelques brèves remarques pour l'instant et nous répondre en détail par écrit par la suite?

M. Cadieux: Puisque mon collègue a jugé bon, en posant ces questions, d'employer la vieille bonne méthode qu'il a eu l'occasion de maîtriser au cours des dernières années.

M. Brewin: Je suis vraiment navré. Je pensais qu'on vous donnerait le temps de répondre.

[Texte]

Mr. Cadieux: So did I. But I will certainly provide you with the answers, Mr. Brewin, if I do not have time within this minute, of which I have already used 30 seconds, to give you an idea on the other answers. I do understand that we will be meeting in the near future, either privately or with the subcommittee, so I am sure we will be able to find the time.

With respect to athletes' rights and my personal attention to that issue, I can undertake to give personal attention to the question right away and I will get back to you on where the task force is, when it is expected, etc., and I will pursue this issue. So I do not think that is a major problem.

With respect to the consultation before I go to Cabinet, some time constraints have been put forward, as you know. I intend to respect those time constraints, and hopefully the people who want to advise me on the subject will do so within those time constraints and I will therefore be going to Cabinet only afterwards. So obviously extensive consultation will have been held. As you know, I was there in Toronto, and I intend to follow the other phases very closely.

With respect to CSIS and the \$20 million, I will take the credit if you want to give it to me. Obviously that was following Mr. Osbaldeston's recommendations, if I recall correctly, which were adopted by the government at that time.

With respect to the money for Toronto, what I am told is that the government commitment was for services. No huge amounts of money had been identified for the Olympic Games in Toronto, as you have indicated, but the government had said at the time that it would provide the appropriate services if the bid—

Mr. Brewin: If you do not have to provide the services, then they have the money.

Mr. Cadieux: Services include police, security, etc.

Mr. Brewin: Overtime.

The Chair: Thank you. Mr. Wilbee.

Mr. Wilbee: I will try to keep my questions brief. First of all, I am delighted to see the task force appointed and I certainly look forward to seeing that report.

One of the major criticisms I have heard of your department is that we are perhaps tending to favour the élite or high-performance athletes over the true amateur or the person, and I think we need to define just what the role of the federal government is in sports. Is it indeed with regard to the high-performance athlete or to general fitness? We have seen the reports showing that fitness of high school students is declining in North America, particularly in the United States. I have not seen specific numbers for Canada, but they are probably in that area as well.

[Traduction]

M. Cadieux: Et moi, aussi. Mais je vais certainement vous fournir des réponses à vos questions, monsieur Brewin, si jamais la minute qu'on m'accorde, et dont il ne reste plus que 30 secondes, ne me suffit pas. Je crois comprendre que nous allons bientôt nous réunir de nouveau—soit en privé, soit dans le contexte du sous-comité—et par conséquent, je sais que nous aurons l'occasion d'en discuter sous peu.

En ce qui concerne les droits des athlètes et le souhait du député que je m'en charge personnellement, j'ai l'intention de me renseigner là-dessus immédiatement et de vous mettre au courant des progrès du groupe de travail et de la date à laquelle il prévoit terminer son étude et cela, dans les plus brefs délais. A mon avis, cela ne devrait pas poser de problème.

En ce qui concerne les consultations qui précéderont la présentation de mes propositions au Cabinet, nous devons nous accommoder d'un délai plus court, comme vous le savez. J'ai l'intention de respecter ce délai, et j'espère que ceux qui vont me conseiller là-dessus le respecteront également; par conséquent, c'est seulement après que je présenterai mes propositions au Cabinet. Il s'agira donc, évidemment, de consultations très complètes. J'étais à Toronto, comme vous le savez déjà, et j'ai l'intention de suivre de très près le déroulement des autres étapes.

En ce qui concerne le SCRS et les 20 millions de dollars, si vous voulez m'attribuer tout le mérite, je suis tout à fait prêt à l'accepter. Mais si ma mémoire est bonne, tout cela a découlé des recommandations de M. Osbaldeston qui avaient d'ailleurs été adoptées par le gouvernement à l'époque.

Quant à l'argent qui aurait été accordé à la ville de Toronto, d'après ce qu'on m'a dit, le gouvernement s'est engagé uniquement à offrir certains services. Aucune somme importante n'a été réservée pour les Jeux olympiques à Toronto, comme vous le dites; le gouvernement a simplement dit à l'époque qu'il serait prêt à dispenser les services nécessaires si jamais la proposition...

M. Brewin: Si vous n'avez plus à offrir ces services, cela veut donc dire qu'on a l'argent.

M. Cadieux: Quand je parle de services, j'inclus les services de la police, de sécurité, etc.

M. Brewin: Et les heures supplémentaires.

La présidence: Merci. Monsieur Wilbee.

M. Wilbee: Je m'efforcerai d'être bref. D'abord, je suis ravi d'apprendre qu'un groupe de travail a déjà été nommé et j'attends avec impatience la publication de son rapport.

L'une des principales critiques formulées à l'égard de votre ministère, c'est que nous accordons la priorité aux athlètes d'élite ou de haute performance plutôt qu'aux véritables amateurs, et je pense personnellement que nous devons mieux définir le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine du sport. Doit-il surtout aider les athlètes de haute performance ou plutôt encourager les gens ordinaires à améliorer leur condition physique? Nous avons déjà vu des rapports qui indiquent que la condition physique des étudiants de niveau secondaire est en déclin en Amérique du nord, surtout aux États-Unis. Je n'ai pas encore vu de chiffres précis pour le Canada, mais j'imagine qu'ils sont semblables.

[Text]

The only question I would like to ask you, in order to allow my friends across the way to ask more questions, is: what is the routine in assigning funding in your department at the present time? In other words, how is this decided? Is it decided that everybody puts in requests for funding? Who decides that a certain amount is going to Canada Games, Commonwealth Games, Olympic Games or sports?

• 1155

Mr. Cadieux: If you will permit me, considering that I inherited the budget as it was established, I will give a chance to Mr. Makosky to take up very, very short answers, I am told, and give you all those details.

Mr. Lyle Makosky (Assistant Deputy Minister, Fitness and Amateur Sport): I do not know quite how I can follow that introduction.

Mr. Cadieux: Short.

Mr. Makosky: In the first case, the budget for F&AS and how we allocate those moneys, they are planned out several years ahead. You can see from the estimates that the moneys are grouped into moneys for sport bodies, for games, for administration centre and for fitness. That has been developed over years and years of governments and ministers deciding where large blocks should be placed in terms of national emphasis and national priorities. Within those blocks there are guidelines on what we will support.

With regard to the national sport community, we support administrative costs for meetings and staff and development of communications instruments. We support national championships and international events, training of athletes. So sport bodies submit their requests under those guidelines. Those guidelines give guidance to how we should review them.

After we have reviewed all the submissions in sport and fitness, we put forward an aggregate summary of recommendations to the minister and present to him the recommendations of staff, after a year of analysis and discussion with the sport bodies. He and his staff then interact, provide some questions and challenge. There is an internal review, and the minister makes the final decision on who gets what.

Mr. Wilbee: I think it is a bloody shame that we have to spend all those millions of dollars on doping.

An hon. member: On what?

Mr. Wilbee: On doping, on drugs.

Mr. Pagtakh: Madam Chair, I will share the remaining time, if any, with my colleague.

[Translation]

La seule question que j'aimerais vous poser, pour permettre à mes amis d'en face d'avoir plus de temps pour poser leurs propres questions, est la suivante: quelle procédure suivez-vous à l'heure actuelle pour ce qui est de la distribution des fonds? Autrement dit, comment les décisions sont-elles prises dans ce domaine? Tous les intéressés doivent-ils présenter une demande de financement? Et qui décide quelle somme sera consacrée aux Jeux du Canada, aux Jeux du Commonwealth, aux Jeux olympiques ou à d'autres événements sportifs?

M. Cadieux: Si vous me permettez, étant donné que j'ai hérité d'un budget déjà établi, je vais demander à M. Makosky de vous fournir ces détails le plus brièvement possible.

M. Lyle Makosky (sous-ministre adjoint, Condition physique et Sport amateur): Je ne sais pas exactement quoi dire après une telle introduction.

M. Cadieux: Soyez bref surtout.

M. Makosky: Pour répondre à votre première question au sujet du Budget de Condition physique et sport amateur et la façon donc nous décidons de la distribution des fonds, la planification se fait sur plusieurs années. Si vous regardez les prévisions budgétaires, vous allez voir que les fonds sont regroupés selon qu'il s'agit d'organismes sportifs, de jeux, d'administration ou de condition physique. Ce système a été élaboré au fil des ans et ce sont les gouvernements et les ministres qui décident de l'affectation des fonds à l'intérieur de quelques grandes catégories en fonction des priorités nationales. Pour chacune de ces grandes catégories, il y a des lignes directrices sur le genre d'activités que nous pouvons aider financièrement.

Quant à la communauté sportive nationale, nous offrons une aide financière pour les coûts administratifs rattachés aux réunions et au personnel et pour la mise au point d'instruments de communication. Nous offrons également des fonds pour les championnats nationaux, les événements sportifs internationaux et la formation d'athlètes. Les organismes sportifs sont donc tenus de présenter une demande en tenant compte des lignes directrices établies à ce sujet, lignes directrices qui doivent également nous guider pour l'examen de ces demandes.

Une fois que nous avons étudié toutes les demandes présentées à Condition physique et Sport amateur, nous préparons une liste complète de recommandations à l'intention du ministre après toute une année d'analyses et de discussions avec les organismes sportifs. Ensuite, le ministre et son personnel en discutent, posent certaines questions et demandent parfois des justifications. À la suite d'une période d'examen interne, le ministre prend la décision finale au sujet des éventuels récipiendaires.

M. Wilbee: Je trouve vraiment dommage que nous soyons obligés de dépenser autant de millions pour le contrôle antidopage.

Une voix: Pourquoi, vous dites?

M. Wilbee: Pour le contrôle antidopage.

M. Pagtakh: Madame la présidente, je vais partager le temps qui me restera avec mon collègue.

[Texte]

Mr. Minister, I thank you for appearing before us. In phase two, as you reviewed the Dubin report with respect to the Canadian Anti-doping Organization, you had indicated that it was formed in early January, but six months later, today, the incorporation has not taken place. Why is it taking so long? You said it will be running in the very near future. When is the very near future? Can you give a specific timetable considering the importance of this organization?

Mr. Cadieux: Soon.

Mr. Pagtakhan: Tomorrow?

Mr. Cadieux: Soon.

The Chair: I think there is time for another question.

Mr. Kilger: This is from an interview that I believe was done with *The Globe and Mail*. Your predecessor, the Hon. Minister Danis, before he went to Labour, suggested the possibility of means tests for athletes to help redirect some Sport Canada dollars from wealthy athletes with endorsements down to developing athletes. Mr. Minister, you indicated that you are opposed to that idea, even though the Dubin report cited financial need as one of the suggested criteria for government aid. And of course what Mr. Justice Dubin said we consistently repeat also in our report. I am wondering whether you would care to give us some idea of what your thoughts and values might be on that particular topic.

Mr. Cadieux: It is unfortunate in a sense. I thought it was a relatively good article. There is only one place where I have been either misquoted or quoted out of context, and that is specifically with respect to that issue. I have had somebody call the journalist to tell him that is not what I said. The explanation I got back is that his article was lengthier. Somebody edited it for the paper and it came out that way. I did not say that, no, I am opposed. On the other hand, I did not say either that, yes, I am in favour.

We entered into a discussion about what is means testing. How can it work or how should it work, etc.? We went into a number of examples. When you do means testing, at one point or another you have to draw a line. Each time you draw a line here, somebody over here is... and somebody over there is... the same thing. So because of the difficulty of doing means testing, I said, well, I am not really clear or I have not made up my mind specifically on whether it should be done and how it should be done. Unfortunately, the article says that I am in disagreement with Marcel Danis, which is not the case. That is not what I said. I understand Mr. Christie acknowledged that it was perhaps a little fuzzier than it should have been.

[Traduction]

Monsieur le ministre, je vous remercie de votre présence. En ce qui concerne la deuxième étape du processus fédéral d'étude du rapport Dubin, vous avez parlé de la création, au début de janvier, de l'organisation antidopage canadienne, mais le fait est que six mois plus tard, l'incorporation n'est toujours pas terminée. Pourquoi faut-il attendre aussi longtemps? Vous dites que ce nouvel organisme sera fonctionnel dans le proche avenir. Mais c'est quand, le proche avenir? Pourriez-vous nous indiquer avec plus de précisions une date, étant donné qu'il s'agit d'une organisation très importante?

M. Cadieux: Bientôt.

M. Pagtakhan: Demain?

M. Cadieux: Bientôt.

La présidence: Je pense que nous reste assez de temps pour une autre question.

M. Kilger: J'aimerais attirer votre attention sur une interview publiée dans *The Globe and Mail*, il me semble, avec votre prédécesseur, l'honorable Marcel Danis. Avant de devenir ministre du Travail, M. Danis avait parlé de la possibilité d'assujettir les athlètes à un examen des ressources afin de diriger certains des fonds de Sports Canada actuellement accordés aux athlètes dont le revenu est assez élevé en raison des promotions qu'ils font aux jeunes athlètes qui commencent à peine leur carrière. Monsieur le ministre, vous avez indiqué que vous n'appuyez pas cette idée, bien que le rapport Dubin ait également recommandé que l'aide financière du gouvernement soit fondée, entre autres, sur les besoins. D'ailleurs, nous répétons dans notre rapport pratiquement toutes les recommandations du juge Dubin. Peut-être pourriez-vous nous dire exactement ce que vous pensez de cette idée-là.

M. Cadieux: Ecoutez, c'est un peu dommage, puisqu'à part cela, c'était un bon article. Mais j'ai malheureusement été mal cité ou cité hors contexte justement sur cette question-là. J'ai d'ailleurs demandé à un de mes adjoints d'appeler le journaliste en question pour lui dire que ce n'est pas du tout ce que j'ai dit. On nous explique que son article était en fait plus long au départ et que c'est au moment de préparer la version abrégée que cette erreur aurait été commise. Le fait est que je n'ai jamais dit que je m'y opposais. Par contre, je n'ai jamais non plus dit que je l'appuyais.

Nous avons donc entamé une discussion sur ce qu'est un examen des ressources. Comment fonctionne-t-il ou comment devrait-il fonctionner, etc. Nous avons étudié un certain nombre d'exemples. Mais dans le contexte de ce genre d'examens, il faut nécessairement des seuils. Et chaque fois qu'on établit un seuil ou une limite quelconque, quelqu'un va forcément être exclu... c'est inévitable. Donc, en raison des difficultés qui se rattachent à ce genre d'examens, je ne suis pas encore sûr de savoir quelle solution serait préférable et je n'ai donc pas encore pris de décision sur l'opportunité de ce genre d'examen des ressources. Malheureusement, on dit dans cet article que je suis en désaccord avec Marcel Danis sur ce point, ce qui n'est pas vrai. Ce n'est pas du tout ce que j'ai dit. Si je comprends bien, M. Christie aurait avoué que son article aurait pu être plus clair.

[Text]

[Translation]

• 1200

Mr. Kilger: I accept your explanation. I thank you, and I am sure we will be able to pursue this at a later time.

Mr. Cadieux: Yes.

The Chair: Thank you very much, I am sorry it could not be a more leisurely chat, but unfortunately the time—

Mr. Cadieux: I thought it was perfect, myself.

Some hon. members: Oh, oh.

The Chair: If these people would get used to having a snappy meeting, it might be a little better for us all. Thank you very much.

Mr. Cadieux: Thank you.

Mr. Pagtakhan: On a point of order, Madam Chairman, I indicate that at our next meeting we should place on top of the agenda the matter of how the chair conducts the meeting.

The Chair: Sure.

Mr. Pagtakhan: And the question in relation to parliamentary tradition and the role of the opposition.

The Chair: Okay. And you should check with the other committees, because it really varies.

The meeting is adjourned.

M. Kilger: J'accepte votre explication et je vous en remercie. Je suis sûr que nous aurons l'occasion d'en discuter à un autre moment.

M. Cadieux: Oui.

La présidence: Merci beaucoup. C'est dommage que nous ne disposions pas de plus de temps pour discuter aujourd'hui. . .

M. Cadieux: En ce qui me concerne, c'était parfait.

Des voix: Oh, oh.

La présidence: Si les gens s'habituait à des réunions plus courtes, ce serait peut-être mieux pour tout le monde. Merci beaucoup.

M. Cadieux: Merci

M. Pagtakhan: J'invoque le Règlement, madame la présidente. Je voudrais que le premier point à l'ordre du jour de la prochaine réunion soit la façon dont la présidente dirige nos réunions.

La présidence: Oui, d'accord.

M. Pagtakhan: C'est-à-dire la question de la tradition parlementaire et le rôle de l'opposition.

La présidence: D'accord. Mais vous devriez vraiment vous renseigner sur la situation dans d'autres comités, puisqu'il y a énormément de variations.

La séance est levée.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Lettermail

Poste-lettre

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canada Communication Group — Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Groupe Communications Canada — Édition
45 boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada, K1A 0S9

WITNESS

Lyle Makosky, Assistant Deputy Minister, Fitness and Amateur Sport.

TÉMOIN

Lyle Makosky, sous-ministre adjoint, Condition physique et Sport amateur.



HOUSE OF COMMONS
CANADA

THE WAR AGAINST WOMEN

**Report of the Standing Committee on Health and
Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women**

**Barbara Greene, M.P.
Chair**

Sub-Committee on the Status of Women

June 1991



THE WAR AGAINST WOMEN

**Report of the Standing Committee on Health and
Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women**

**Barbara Greene, M.P.
Chair**

Sub-Committee on the Status of Women

June 1991

HOUSE OF COMMONS

Issue No. 3

Tuesday, June 11, 1991

Tuesday, June 18, 1991

Chair: Barbara Greene

CHAMBRE DES COMMUNES

Fascicule n° 3

Le mardi 11 juin 1991

Le mardi 18 juin 1991

Présidence: Barbara Greene

Minutes of Proceedings and Evidence of the Standing Committee on

Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women

Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la

Santé et du Bien-être social, des Affaires sociales, du Troisième âge et de la Condition féminine

RESPECTING:

Consideration of the First Report of the Sub-Committee
on the Status of Women

INCLUDING:

First Report to the House:
The War Against Women

CONCERNANT:

Étude du premier rapport du Sous-comité de la condition
féminine

Y COMPRIS:

Premier rapport à la Chambre :
La guerre contre les femmes

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Bobbie Sparrow
Rey Pagtakhan

Members

Edna Anderson
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
David Walker
Stan Wilbee--(8)

(Quorum 5)

Nino A. Travella

Clerk of the Committee

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-président: Bobbie Sparrow
Rey Pagtakhan

Membres

Edna Anderson
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
David Walker
Stanley Wilbee--(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Nino A. Travella

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF
THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIOR AND ON THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Members

Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
Joy Langan
Nicole Roy-Arcelin--(5)

(Quorum 3)

Marie Carrière

Clerk of the Sub-Committee

SOUS-COMITÉ SUR LA CONDITION FÉMININE DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Membres

Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
Joy Langan
Nicole Roy-Arcelin--(5)

(Quorum 3)

La greffière du Sous-comité

Marie Carrière

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90-91

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990-1991

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF
THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIOR AND ON THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Members

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy
Pierrette Venne—(5)

(Quorum 3)

Researchers

Patricia Bégin
Kristen Douglas
Research Branch of the
Library of Parliament

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991

SOUS-COMITÉ SUR LA CONDITION FÉMININE DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Membres

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy
Pierrette Venne—(5)

(Quorum 3)

Attachées de recherche

Patricia Bégin
Kristen Douglas
Service de recherche de la
Bibliothèque du Parlement

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women has the honour to present its

FIRST REPORT

In accordance with its mandate under Standing Order 108(1), your Committee established a Sub-Committee and assigned it the responsibility of examining the subject of the status of women.

The Sub-Committee submitted its First Report to the Committee.

Your Committee received the following Report which reads as follows:

**FIRST REPORT OF THE SUB-COMMITTEE
ON THE STATUS OF WOMEN**

THE WAR AGAINST WOMEN

June 1991

ACKNOWLEDGEMENTS

The Sub-Committee acknowledges, with gratitude, the cooperation and support of all the women and men who contributed to this study of violence against women. We extend our thanks to all the witnesses who appeared and shared with us their knowledge, experience and insight on this sensitive subject.

The Sub-Committee also acknowledges, with thanks, the contribution of Ms Patricia Bégin, from the Library of Parliament Research Branch, who led the research and the drafting of the report. Thanks also to Ms Kristen Douglas, from the Library of Parliament Research Branch, who provided research support at the drafting stage.

The Sub-Committee expresses its appreciation for the essential services provided by Marie Carrière, Clerk of the Sub-Committee throughout its hearings and for the assistance of Procedural Clerks, Christine Fisher and Nino Travella.

Many thanks also for the valuable cooperation of the staff of the Committees Directorate, the Translation Bureau of the Secretary of State, and the Support Services of the House of Commons and the Research Branch of the Library of Parliament.

TABLE OF CONTENTS

	Page
LIST OF RECOMMENDATIONS	i
INTRODUCTION	1
DEFINITION OF VIOLENCE AGAINST WOMEN	3
THE INCIDENCE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN CANADA	5
RELATIONSHIP BETWEEN WOMEN'S INEQUALITY AND VIOLENCE	9
COSTS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN	11
ISSUES FOR REFORM	15
A. NATIONAL EDUCATION CAMPAIGN ON VIOLENCE AGAINST WOMEN	15
B. VIOLENCE PREVENTION INSTRUCTION IN SCHOOLS	18
C. EDUCATION ON VIOLENCE AGAINST WOMEN FOR PROFESSIONALS	21
D. JUDICIAL EDUCATION ON GENDER EQUALITY ISSUES	22
E. VIOLENCE AGAINST WOMEN IN NON-TRADITIONAL ROLES	27
F. FUNDING OF SHELTERS FOR BATTERED WOMEN	30
G. TREATMENT FOR VIOLENT MEN	33
H. AFFORDABLE HOUSING	35
I. REMOVAL OF VIOLENT MEN FROM THE FAMILY HOME	36
J. POLICE CHARGING POLICY	38
K. CONSULTATION WITH WOMEN'S GROUPS	40
L. PREAMBLES TO LEGISLATION	41
M. SECTIONS 276 AND 277 OF THE CRIMINAL CODE OF CANADA	43
N. DEFENCE OF MISTAKE OF FACT IN SEXUAL ASSAULT CASES	44
O. CUSTODY OF AND ACCESS TO CHILDREN IN DIVORCE CASES	45
P. GUN CONTROL	46
Q. TASK FORCE ON FAMILY VIOLENCE IN NATIVE COMMUNITIES	48
R. ROYAL COMMISSION ON VIOLENCE AGAINST WOMEN	49
CONCLUSION	55
APPENDIX	
LIST OF WITNESSES	57
MINUTES OF PROCEEDINGS	65

LIST OF RECOMMENDATIONS

1. The Committee recommends that the federal government exercise its leadership role to ensure security of the person for all Canadian women by mounting a national, multi-media education campaign on violence against women. The campaign should expressly denounce violence against women as criminal behaviour and emphasize societal responsibility for its prevention.
2. The Committee recommends that the federal government initiate discussions with provincial and territorial governments to ensure that the community has adequate resources to accommodate the demand for services that will emanate from the multi-media campaign on violence against women.
3. The Committee recommends that the federal government work with the provinces, the territories and relevant professions to promote strong and consistent violence-prevention education in schools across the country. The federal government should attempt to ensure that such education expressly addresses gender-equality issues and is a mandatory part of the school curriculum in all elementary, junior and high schools.
4. The Committee recommends that the federal government work with the provinces to promote policies governing educational institutions, parks and recreation departments and amateur sport organizations to eliminate practices which are barriers to the full participation of girls and to ensure that all individuals have equal access and equal opportunity to develop to their maximum potential.
5. The Committee recommends that the federal government work with the provinces, the territories and relevant professions to promote media literacy education in the high school curriculum across the country. Media literacy instruction teaches students to critically assess media representations and messages including violence against women.
6. The Committee recommends that the federal government take the lead role on gender sensitivity training for law enforcement personnel by requiring police officers in the federal sector (R.C.M.P.) to take mandatory training and refresher courses that focus on the prevalence of violence against women and children, its symptoms, its consequences for victims, and appropriate ways to respond to victims' needs. The content of the courses should be developed in consultation with front-line agencies

that work with female victims of violence. The federal government should make available appropriate resources to provincial and municipal governments to enable them to require their personnel in the law enforcement, social and health sectors to take these courses.

7. The Committee recommends that the federal government take the lead on gender sensitivity training for judges by requiring section 96 judges (federally appointed judges) to take training and refresher courses that focus on violence against women and related gender-equality issues. The federal government should also encourage the provinces to require their provincially appointed judges to take these courses. The content of the courses should be developed in consultation with front-line agencies that work with female victims of violence.
8. The Committee recommends that the federal government move within its own jurisdiction to eliminate systemic barriers which prevent women from enjoying equality of opportunity and security, and encourage the provinces to also do so.
9. The Committee recommends that Parliament mandate the Women's Parliamentary Association (WPA) to study, and present a report, within six months on existing systemic barriers to women's full participation within the House of Commons and its Support Services, and to make recommendations for the elimination of such systemic barriers.
10. The Committee recommends that the Canadian Advisory Council on the Status of Women be invited to conduct gender-sensitivity programs for Members of Parliament.
11. The Committee recommends that the federal government take the lead role to ensure that secure, long-term funding is available for front-line agencies providing services to assaulted and abused women and girls. Financial support is needed to ensure that services will be accessible to all women in need and sensitive to the needs of women with disabilities, elderly women, and women who are immigrants and/or members of visible minorities.
12. The Committee recommends that the federal government immediately release the evaluation results of its research on the effectiveness of the different program models for men who batter women.
13. The Committee recommends that the federal government require federal prosecutors in the territories to take education courses on violence against women and that the prosecutors be directed to recommend mandatory counselling and treatment, in addition to other criminal penalties that apply, in cases where a man has

been convicted of assaulting his wife or partner. The content of the education courses should be developed in consultation with front-line agencies that work with female victims of violence. The federal government should also encourage provincial governments to direct their Crown prosecutors to take these courses and to recommend, in addition to other sentencing options, mandatory counselling and treatment programs in wife assault cases.

14. While the Committee recognizes assistance to victims to be a funding priority, it recommends that the federal government take the lead role to ensure that stable, adequate funding is available for treatment programs for violent men. Funding should go to program models that have been identified as the most effective in the federal government's evaluation research on treatment and counselling programs for men who batter.
15. The Committee recommends that the federal government take the lead role in coordinating the development of a housing policy in Canada and providing tangible support to resolve the crisis in affordable and accessible accommodation confronting low income earners and the poor, particularly for women who are not safe in their homes.
16. The Committee recommends that the federal government develop a legal policy that would allow a judge, on a request from a Crown prosecutor, to issue an order removing a man charged with assaulting his spouse or partner from the family home. The legal policy should ensure that the police and the courts provide adequate protection to the victim and enforce the court order.
17. The Committee recommends that the federal government take the lead role in stressing the importance of the mandatory charging policy in cases of physical and sexual assault and abuse by directing the R.C.M.P. to assiduously follow the policy. The federal government should also encourage provincial governments to direct their police forces to consistently support their respective mandatory charging policies.
18. The Committee recommends that an administrative body or task force, comprised of individuals with expertise in law as well as other expertise in areas affecting women's equality, be struck and charged with the task of developing equality-enhancing legislative responses to violence against women, through timely and meaningful consultation with equality-seeking groups. The groups should be provided with funding to enable them to develop their expertise and provide the

committee with input and assistance. This task force would be responsible for the screening of all legislative initiatives to determine their consistency with women's equality.

19. The Committee recommends that legislation adopted by Parliament which is designed to enhance the equality of women and to stop violence against women contain strong Preambles acknowledging women's inequality in Canadian society and invoking the constitutional equality guarantees as the purpose of the law.
20. The Committee recommends that, if the Supreme Court of Canada strikes down sections 276 and 277 of the *Criminal Code*, Parliament re-enact the provisions using section 33 of the Charter (the override provision) to protect the provisions from further constitutional challenges or erosion.
21. The Committee recommends that Parliament repeal the defence of "mistake of fact" which relates to honest mistaken belief in consent in sexual assault cases, as was articulated in the *Pappajohn* case.
22. The Committee recommends that the *Divorce Act* be amended to ensure that violence against women or children, including wife assault, sexual abuse and sexual assault, are factors to be considered in the determination of the custody of and access to children.
23. The Committee recommends that Parliament revisit the issue of gun control, and introduce legislation that will be stronger in the following specific ways: that gun ownership be reaffirmed as a privilege, and not as a right; that the privilege of gun ownership not be granted to persons who have been convicted of crimes against the person or other serious offences; that the minimum age for gun ownership be raised from 16 to 18 years; that semi-automatic weapons be made restricted weapons; that all weapons be required to be registered by type and serial number on the owner's Firearms Acquisitions Certificate (FAC); that a FAC be required for the purchase of ammunition; that a national data base of gun owners and guns be set up; that women and non-gun owners be included in the process of defining safe storage requirements for guns and that the safe storage requirements be enforced; that all assault weapons be removed from circulation; and that the necessary resources be allotted to each of these initiatives.
24. The Committee recommends that the federal government, in consultation with the Native Women's Association of Canada and other aboriginal women's organizations, establish a task force on family violence in aboriginal communities.

25. The Committee recommends that the federal government take a leadership role and work with women's groups across the country and with the provinces to establish a royal commission on violence against women.

INTRODUCTION

The shocking and senseless murder of 14 women engineering students at École Polytechnique on December 6, 1989, was an unprecedented human and social tragedy in Canada. As Marc Lepine used a semi-automatic weapon to slaughter the young women in less than 20 minutes he made it clear that his act was based on his perception of them as “feminists”, whom he hated, and who, by virtue of occupying spaces in the engineering school at the University of Montreal, were denying him his right to be there. This dramatic expression of male rage against women focused public attention on violence against women in Canadian society. In its aftermath, feminists and others stated in concert that the actions of Marc Lepine represented an extreme form of the violence women regularly confront in their lives. In her appearance before the Committee, Mary Collins, the Minister Responsible for the Status of Women, aptly expressed this view. The Minister stated: “the events that took place in Montreal are reflective of the same kind of violence that destroys the lives of so many women in Canada every day, in their homes, on the street, and at work” (1:13).

In essence, the Montreal massacre was the catalyst for Canadians to demand that violence against women be put on the public agenda. It generated a country-wide call for solutions to eradicate this abuse of power which threatens the personal security, safety and equality of Canadian women.

On June 22, 1989, the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and on the Status of Women established the Sub-Committee on the Status of Women. On December 4, 1990, the Sub-Committee adopted the following terms of reference.

To enquire into the definitions, incidence, causes and costs of the problem of violence against women in Canadian society and the response of the criminal justice system, community groups and government to this problem and the role and responsibility of governments in seeking resolutions to it.

Submissions were invited from interested parties on any relevant issues, particularly the following:

- 1) media images of women which provoke and perpetuate violence against women;
- 2) violence against particular groups of women — immigrant women, disabled women, older women, native women, women living in rural areas, women achievers in non-traditional fields including women in colleges and universities;
- 3) the nature of violence against women including whether there is a relationship between violence against women and the proliferation of firearms and increasingly powerful firearms;
- 4) program models and protocols developed by police, non-governmental organizations and community groups to prevent and respond to violence against women and obstacles to successful responses;
- 5) educational programs and resources developed to foster healthy attitudes toward human sexuality and human dignity;
- 6) models for conflict resolution and successful treatment programs for abusers; and
- 7) the need for a Royal Commission on Violence Against Women and what issues such a commission should include.

Over a five-month period, the Sub-Committee heard and received written submissions from abused women; government officials; a host of non-governmental community-based agencies and organizations which deliver services to abused women, children and abusers; professional organizations and associations which act as educators of and advocates for women victims of violence; and individual experts and commentators.

The testimony is to be found in Issue Nos. 1–13 of the Subcommittee on the Status of Women for the Second Session of the Thirty–Fourth Parliament.

This report is structured as follows. The first section defines violence against women and its incidence in Canadian society. The next section discusses the relationship between the inequality of women in this society and their vulnerability to victimization. The third section of the report describes the human and economic costs of violence against women. The report also sets out the Committee's findings and recommendations on issues it believes are in need of reform.

DEFINITION OF VIOLENCE AGAINST WOMEN

The definition of violence against women that has informed the Committee's thinking throughout this report is borrowed from the Brief entitled *Male Violence Against Women: The Brutal Face of Inequality*, which was submitted to the Committee by the Canadian Advisory Council on the Status of Women.

Violence against women is a multifaceted problem which encompasses physical, psychological, and economic violations of women which is integrally linked to the social/economic/political structures, values, and policies that silence women in our society, support gender-based discrimination, and maintain women's inequality.

This definition relates the abuse of women to their unequal status in our society and to societal beliefs, attitudes and values that condone violence against women. It is the view of the Committee that conceptualizing violence against women in this way leads to the inevitable conclusion that effective solutions to the problem must involve altering the status of women and traditional values that structure gender relations.

THE INCIDENCE OF VIOLENCE AGAINST WOMEN IN CANADA

Rarely a day goes by in this country in which Canadian media do not carry reports of sexual and physical assaults, perpetrated by trusted persons and strangers against girls and women. The frequency with which incidents of this nature are reported in the media would lead the most Canadians to conclude that violence against women is, indeed, a serious problem in Canada. In fact, the gravity of the situation is far greater than the number of cases in news reports suggests. Research has shown that most women who are victims of violence do not report their victimization to the police. As a result, its actual incidence is largely invisible and absent from official crime statistics and, by extension, from media coverage. Indeed, sexual assault and wife assault are two crimes known to be significantly under-reported relative to other crimes of violence. A Canada-wide survey published in 1985 found that fewer than 40% of female sexual assault victims and less than half of wife assault victims had made a report to the police. Studies show that women's reluctance to report violent attacks against them is related to fear of retaliation that would result in further violence or death, lack of confidence in the police and the courts, guilt, and embarrassment.

The national statistical reporting system in Canada, the Uniform Crime Reporting (UCR) system contains statistics on criminal incidents in Canada. This database includes only crimes reported to police and records reported incidents of wife assault as assaults. The UCR does not contain descriptive information about the relationship between victims and offenders or about the circumstances of the offence which would identify incidents of violence against women in the family.

In order to measure the frequency of those crimes that do not come to the attention of enforcement officials and those which take place in the family home, other sources of data have been developed. Victimization surveys ask respondents to report anonymously on incidents in a particular time frame in which they were the victim of a physical or sexual assault. One of the advantages of such surveys is that they measure both those incidents that were and were not reported to police. Another source of data are public opinion surveys measuring public attitudes towards and awareness of violence against women. Special studies carried out with shelters for battered women, sexual assault centres and other front-line agencies provide information on the number of victims who have sought assistance from these agencies.

The incidence of violence perpetrated against women in this country received a considerable amount of attention from many witnesses. They presented the Committee with a shocking array of statistics derived from official data sources, victimization and public attitude surveys and special studies of emergency service providers.

- In 1989, 12,970 sexual assaults were known to the police. Between 1983 and 1989, the number of complaints of sexual assault made to the police increased by 93%. Every 17 minutes there is a sexual assault committed in Canada and 90% of the victims are female. One in four women will be sexually assaulted at some time in their lives, half before the age of 17. Between 63% and 83% of female victims will be sexually assaulted by someone they know. There are between 14,000 and 18,000 sexual assaults in the province of Quebec every year.
- Of aboriginal women surveyed in a recent study by the Ontario Native Women's Association, 80% had been assaulted or abused. In Toronto secondary schools, 20% of girls reported having been sexually assaulted and 11% reported physical violence while dating. One study reported that 53% of women who have been disabled from birth had been raped, abused, or assaulted. In the province of Quebec, of the requests for assistance received by sexual assault centres, 40% to 50% are from women who are incest survivors. Approximately 60% of women physically or sexually assaulted by their husbands or partners are injured, and 20% require medical attention. At least 50% of women are afraid to walk on their own streets at night unaccompanied.
- At least 1 in 10 women is physically and/or sexually assaulted each year by a husband, ex-husband or live-in partner. A woman is hit by a husband or partner an average of 30 times before she even calls the police. In any given year, if a woman is assaulted by a man in the community, it is 13 times more likely to be her partner than a stranger. In 1989, in Ontario, 78 transition houses accommodated 9,838 women, accompanied by 11,000 children, and 87% of the families were in an emergency shelter because of domestic violence. Osborne House, one of the largest shelters in Canada, provided emergency shelter to 2,000 women and children in the city of Winnipeg in 1989. The husband is the victim of battering in no more than 5% of all assaults by one spouse against another.
- In 1989, 48% of Canadians reported that they personally knew of situations in which women were physically abused by husbands or live-in partners. Of children who have lived in a shelter, 25% indicated, before counselling, that it was appropriate for a man to strike a woman if the house was messy. Of the total number of adults and juveniles charged by the police for crimes of violence in 1989, 89% were males. A study done in London, Ontario, in 1987, found that over 50% of young offenders

charged with crimes against the person had been exposed to domestic violence as children. Research found that the rate of wife-beating was 1,000 higher for men who had observed violence in childhood than for men who had not had similar experiences.

- A 1982 Canada-wide study found that 54% of all assaults against separated women were committed by former marital partners. In 1989, 119 women were murdered in Canada by current or former husbands or partners. Of all women murdered in Canada, 62% are killed by their partners. Trudy Don, the Executive Director of the Ontario Association of Interval and Transition Houses Against Abused Women reported that in the last four or five years there has been a marked increase in the number of women killed after they have, in effect, followed all the expected stages involved in leaving a violent relationship. “They have gone through the transition house, through counselling, through the legal system and through the custody battles for the children, and she still gets killed” (5:80).

Many of the witnesses implied in their submissions that these facts speak to the endemic, deeply rooted nature of violence against women in our society. They emphasized that the sheer volume of female victimization makes it unlikely that these incidents are independent of our system of values and attitudes and that the perpetrators are all aberrant or insane individuals. The Minister Responsible for the Status of Women informed the Committee that male violence against women is a form of the discrimination in our society that exists on a continuum that includes sexist jokes, pornography, sexual harassment, prostitution, emotional, psychological and physical wife assault, date violence, child abuse, incest, and individual, serial and mass murders (1:14).

Diane Lemieux, Coordinator, *Regroupement québécois des Centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel*, suggested to the Committee that the violence perpetrated against women is analogous to the aggression toward women that occurs during war time. Women in war locations are raped, threatened, harassed, beaten and killed. She likened rape crisis centres and shelters for battered women to a Red Cross for women where the physical and psychological wounds of the survivors are treated (13:5). Patricia Marshall, the Executive Director of METRAC, reiterated this war metaphor in her evidence. “I said this was a war on women. There is a need for war budget” (5:109).

Parenthetically, according to a recent Amnesty International report, *Women in the Front Lines: Human Rights Violations Against Women*, human rights violations against women, including rape, sexual humiliation, threats of rape and physical violence intended to degrade, humiliate, and intimidate, occur on a world-wide scale, and are particularly evident in situations of political conflict (Amnesty International, *Women in the Front Lines: Human Rights Violations Against Women*, Amnesty International Publications, New York, 1991).

RELATIONSHIP BETWEEN WOMEN'S INEQUALITY AND VIOLENCE

The pervasiveness of violence against women has led many commentators on the subject to conclude that the phenomenon can be understood only by examining the social context of women's lives. The Committee was told that violence against women both reflects and reinforces women's inequality of status in relation to men. That is, the vulnerability of women to violence is integrally linked to the social, economic, and political inequalities women experience as part of their daily lives. Moreover, violence and fear of violence deprive women of their ability to achieve equality.

Many witnesses highlighted in their testimony the distressing, and all too familiar, unequal distribution of wealth, power and privilege between men and women in Canadian society. The Committee heard from Sheila McIntyre, of the Women's Legal Education and Action Fund, that the feminization of poverty is growing, particularly among single parent mothers and elderly women. The wage gap between male and female earners remains unchanged, with a woman earning 66 cents of every dollar earned by a man in full-time employment. Women are likely to work in occupations which are characterized by low-paid, non-union, casual or part-time jobs with inadequate benefits or pensions, or none. Women are under-represented in managerial and leadership positions in both the public and the private sectors (4:27).

If a woman is living in a violent relationship, is responsible for children, and is economically dependent on her partner, her options are limited by her access to resources. Economic resources purchase safety and services. Money is needed to move, to hire a lawyer, to pay rent, to feed and clothe herself and her children, to access to child care, to pay for transportation, to return to school or enter a job-training program, and so forth. We know from research in one jurisdiction in the United States that after a couple's separation, men's standard of living on average rose by 42%, while that of women and their children declined by 73%. These factors make women economically insecure and dependent on men for financial support and, by extension, susceptible to violence.

A further explanation of male violence against women is the presence of traditional values associated with sex roles. Witnesses expressed concern about the manner in which masculinity and femininity are constructed in our society. Men are encouraged to

be aggressive, strong, and in control. Conversely, women are expected to be passive, obedient and submissive. According to research studies, abusive men hold traditional views of male authority and female compliance. They adhere to the belief that they have the right to control persons with less status, particularly their wife and children. The Committee was informed of research findings showing that societies with male-dominant marriages have the highest rate of violence against women and societies with egalitarian marriages have the lowest.

Witnesses concluded that the enduring nature of violence against women is evidence that change will come about only when society's underlying structure and beliefs concerning sex roles and gender inequality are made visible and challenged.

During her appearance before the Committee, the Minister Responsible for the Status of Women advocated changes in the structures of society that keep women subordinate.

It is obvious from this cursory look at what we both know of the causes of violence against women that it is both a frightening symptom and a product of the subordination of women in society. Therefore, any efforts to address this violence must be broadly based strategies designed to effect fundamental change in the social and economic structures that maintain the subordination of women. These strategies must be considered and pursued in the context of overall efforts to promote equality for women. (1:19)

The Committee is impressed with this assessment and agrees with the thrust of the Minister's analysis. The relationship between inequality and violence is a theme that runs throughout this report.

COSTS OF VIOLENCE AGAINST WOMEN

When women are abused, there are costs to the victim, her family and to society. Witnesses pointed out that taxpayers pay significant sums of money in medical costs to doctors' offices, hospital emergency wards, and mental health clinics; in criminal justice costs for police services, courts and corrections; and, in social service costs for welfare, housing, and day care. As well, given that women are a major part of the labour force, employers pay for violence against women in high absenteeism costs and low productivity rates.

The physical effects on women who experience violence include broken bones, internal injuries, bruises, black eyes, burns, bites, lacerations, knife and gun shot wounds, and death. The psychological effects of violence are significant as well. It has been well-documented that women who are abused by a man with whom they are in an intimate relationship typically suffer from low self-esteem, fear, loss of control, and isolation. They internalize blame and minimize the impact of the violence. They perceive that they have limited options for setting their lives on a new course and their negative self-worth keeps them dependent and passive. Women who have been sexually assaulted are approximately five times more likely to have a nervous breakdown, six times more likely to attempt suicide, and eight times more likely to commit suicide or die prematurely (5:8).

Witnesses from the Addiction Research Foundation presented the Committee with research findings from an Ontario study of randomly selected women over 18 living with a male partner. The research shows that physical and sexual violence against women and children causes emotional trauma that leads to alcohol and drug abuse by the victim as a means of easing the physical and emotional pain (9:21).

Compared to women who have not been physically or sexually abused as children, 50% more women who were physically abused as children by either parent use drugs to sleep, and 100% more use drugs to calm down. Women sexually abused as children are twice as likely as other women to use drugs to sleep, and three times as likely to use drugs to calm down.

Compared to women who have not been physically or sexually abused as adults, 40% more battered women report using drugs to sleep, and 74% more battered women report using drugs to relieve anxiety. Sexually assaulted women are two-and-one-half times more likely than other women to use drugs to help them sleep, and nearly four times as likely to use drugs to combat anxiety.

Dr. Jeri Wine, of the Canadian Research Institute for the Advancement of Women, cited the findings of a recent study of women who are in psychiatric wards in Toronto general hospitals. Interviews revealed that 90% of them had suffered from severe sexual and/or physical abuse in their childhood. The witness concluded: "So clearly the costs of early abuse to the social health and mental health care systems is extremely high" (12:35).

The impact of violence against women extends beyond the victim to her children. There is solid evidence that violence against women is passed from one generation to the next. Witnesses who work with violent men and those who work with survivors of wife abuse told the Committee that child witnesses of violence in the home are likely to repeat the violence either as victims or as perpetrators. Gene Krawetz, a worker with a shelter for battered women in Saskatchewan told the Committee:

Our shelter has been opened for 11 years and we are now starting to see second-generation victims. Young women are coming to us, leaving an abusive relationship. We already know them because they were there with their mothers when they were girls of 10 or 12 or 15. (5:40)

The Committee heard this tragic story repeated by shelter workers from across the country. One of the witnesses who works with children and families involved in the court system pointed out that women do not seek violent men, but rather they are less likely to seek safety for themselves if they were exposed to violence in their family of origin.

The findings from *Creating Choices*, the recently released task force report on federally sentenced women further confirms the maxim "violence breeds violence". The study found that over 80% of the federally sentenced women interviewed had been abused; 68% indicated that they had been physically abused and 54% reported being sexually abused by parents, relatives, foster parents or institutional staff or by boyfriends, husbands or common-law partners. The incidence of assault and abuse among federally sentenced Native women was even higher (Task Force in Federally Sentenced Women, *Creating Choices*, Correctional Service Canada, April 1990, p. 52).

The Family Services Association of Metropolitan Toronto provides group counselling programs for men who batter their wives or partners. Ann Nosko, a social worker with the Association estimates that three-quarters of the men in the programs had experienced violence in their family of origin (12:29).

The school system also pays a price for the violence that children witness or experience in their homes. Kitty O'Callaghan, President of the Canadian Teachers' Federation, described to the Committee the impact of domestic violence on students' behaviour in the classroom.

Children who witness violence usually directed at their mother experience an insidious form of child abuse. Most bear life-long scars from watching their mothers being abused. They become part of a conspiracy of silence. They feel robbed of the affection and support of their mothers, and they exhibit physiological symptoms similar to those children who are physically abused....the disordered behaviours caused by this trauma interfere with students' education and their lives at school. Their experiences preclude any pretense of normal growth and development. (4:10)

The Committee learned from Gene Krawetz, of the Provincial Association of Transition Houses of Saskatchewan, that recognition of the effect of violence on children prompted the Saskatchewan government to incorporate into the definition of children in need of protection in its *Family Services Act* "a child who has been exposed to violence in the family" (5:39).

As noted earlier, violence against women also places a heavy burden on resources available in the community. Many wife assault victims have no independent source of income; when they leave the marital home they are often in need of subsidized housing, legal assistance, and a plethora of social services for themselves and their children. The criminal justice system, including police services, courts and corrections, incurs significant costs in responding to violence against women. In her 1987 report on wife battering in Canada, Linda MacLeod estimated that the total cost of police intervention and related support in wife abuse incidents in 1980 was \$32 million. This figure is not surprising, given the substantial demand on police resources that results from wife assault. By way of example, the witness from the Montreal Urban Community Police Department, John Kousik, told the Committee that since 1987 the Department has handled 19,817 cases of family related violence. This number includes criminal as well as non-criminal incidents (10:8).

In her testimony before the Committee, Dr. Glenda Simms, President of the Canadian Advisory Council on the Status of Women, identified a further cost of abuse borne by women.

Women's fear is perhaps the most pervasive and widespread cost of violence. More than 50% of women in urban areas are afraid to walk on their own streets at night. It is an intolerable situation when women cannot use and enjoy facilities for which they have paid with their taxes. The full range of women's fears extend beyond physical and sexual assault and includes the fear of being unprotected by the justice system, the fear of racism, and the fear for their children's safety, and fear of living in a violent society. (5:8-9)

Violence against women is clearly a multi-system issue. It is a criminal justice problem, a mental and physical health problem and a social problem involving welfare, short-term emergency and long-term affordable housing, job training, pay and employment equity, education, and day care. Accordingly, responses to violence must come from different sectors of Canadian society, including all levels of government. The provinces are responsible for the administration and delivery of health, education, welfare and justice services in this country; however, the Committee sees a strong, leadership role for the federal government to highlight the national importance of human dignity, rights, and equality and promote the right to personal safety and security for all Canadians.

In May 1990, at the annual federal, provincial, territorial meeting of ministers responsible for the status of women in Victoria, B.C., a declaration on violence against women was issued which recognized a number of important principles.

1. Violence against women is a crime and punishable by law.
2. Women are entitled to live in a safe environment.
3. Offenders must be held accountable for their behaviour.
4. The elimination of violence requires a response, including prevention, public education, services and enforcement of the law.
5. Every individual, community and government in Canada must do everything to help women, children and families affected by violence. We must all work together to achieve a society free from violence. (1:22)

The Committee is encouraged by the Victoria Declaration and the commitment from federal, provincial and territorial governments to work towards a violence-free and safe environment for women, children and families in Canada. The recommendations that follow in this report reflect the seriousness the Committee attaches to effectively dealing with violence against women and to the weight to be accorded to this important declaration.

ISSUES FOR REFORM

A. NATIONAL EDUCATION CAMPAIGN ON VIOLENCE AGAINST WOMEN

Witnesses from across the country expressed their dismay and frustration over the lack of societal recognition and understanding of violence against women. Patricia Marshall referred to the dearth of knowledge on this issue as a “national blind spot” that is a threat to the safety and security of women. This state of affairs is seen to be particularly disturbing given the historical and contemporary evidence showing that violence against women, perpetrated by trusted persons and strangers, has in fact existed for centuries. They advocated a national education campaign to put women’s safety and security on the public agenda.

The Committee was told that documentation in the research literature show that the public perceives physical and sexual assaults against women to take place mainly among the uneducated and the poor and to be committed by deviant individuals. Unless grievous bodily injury results, these attacks on the person are not regarded as causing long-lasting harm to the victims, many of whom are seen to be the authors of their own victimization because they are too provocative, too sexy, too angry, or too imprudent. These attitudes deny the cross-class character of violence, minimize the effects of violence on the victim, blame the victim, excuse the abuser, and fail to give appropriate weight to the criminal nature of violence against women. Witnesses spoke of mass education as a potentially progressive force to dispel myths about violence and to advance awareness of public responsibility for its occurrence and its prevention.

Glenda Simms, The President of the Canadian Advisory Council on the Status of Women, emphasized that violence against women works against the interests of all members of society:

“Violence against women is a women’s issue, a men’s issue, and it is society’s issue. Massive change is needed to prevent violence in our society.... We must build on the growing awareness of and concern about violence against women. We must work for the equality of all women by working against the violence which keeps women fearful and robs us all of real dignity... Violence against women is morally wrong and it is never in the interests of our society to tolerate violence.
(5:10)

Witnesses recommended the establishment of a national education campaign that would stress societal responsibility for violence and its prevention. They pointed to the need to heighten the awareness of people, of all ages and from all sectors of society, that

violence is a problem for their daughters, their wives, their girlfriends, their mothers, their sisters, and their neighbours. It is not somebody else's problem. A public education campaign against woman-abuse, analogous to that employed in the national initiative against drunk driving, was advocated. Sheila McIntyre, of the Women's Legal Education and Action Fund, described her thinking on the national program against drunk driving as follows:

The government used the coercive power of the criminal law and the preventive power of RIDE programs, and did a massive campaign that has fundamentally changed attitudes in the course of the last seven years. It is no longer socially acceptable to drink and drive. (4:38)

A campaign of this nature is regarded as having a number of advantages. It appeals to and involves many different sectors of society and thus broadens consciousness of the issue. It encourages the development of peer pressure and thereby renders the behaviour in question socially unacceptable. Ultimately, it has a preventive impact on behaviour.

There was a consensus among witnesses that campaigns to raise public awareness of violence are absolutely necessary. However, heightened awareness results in disclosures and there are too few community resources to accommodate all the new cases. An influx of referrals to shelters for battered women, to sexual assault centres, to programs for men who batter, to mental health centres for children and adults, and to substance abuse treatment facilities generally follow an awareness campaign. While campaigns give the impression that help is available, they rarely provide increased funding to these agencies to cope with the increased numbers who seek assistance. When women leave a violent relationship and seek shelter, they often find there is no room to accommodate them and their children. And, when they seek counselling and treatment for the sexual abuse they suffered as children, and find there is a waiting list of six months to a year, they are re-victimized.

Diane Lemieux, spoke of the outcome of a public education initiative in the province of Quebec:

Last year in Quebec there was a campaign on wife battering, and as a result, the social affairs network was swamped with calls from women. Rumour has it that the campaign was ended because the existing structures could no longer respond to the demand. (13:16)

The demand for services nearly tripled as a result of an awareness campaign in Winnipeg. Marlene Bertrand, Director of Osborne House in Winnipeg, told the Committee:

The emergency crisis telephone line normally receives 500 telephone calls per month. Last year a media campaign on violence against women was struck by the provincial government of Manitoba. At that point, 1300 calls per month were coming from women reaching out for the first time. (4:65)

The Committee agrees with the assessment that there is a national blind spot with respect to violence against women which must be immediately addressed. A national public education campaign would be a mechanism for denouncing violence against women, raising awareness of and sensitivity to the personal safety and security of women, dispelling myths, and involving different sectors of our society, beginning at the national level with legislators, in its prevention. The Committee is convinced that funding for community resources must accompany such an initiative. And it concurs with the proposal put forward by Gene Krawetz, Chair of the Provincial Association of Transition Houses of Saskatchewan, that a public education campaign should not focus solely on the victims of violence. She cautioned the Committee:

“...Any public education campaign that is done needs to be very carefully designed so that we are not appealing to people to have pity for “these poor women” and “those poor children”... It has to be designed in such a way that it is all of society that is held accountable, because of course, the roots of violence against women are embedded in our society in our societal institutions. So it has to be very clearly not them and us but all of us. (5:42)

RECOMMENDATION 1

The Committee recommends that the federal government exercise its leadership role to ensure security of the person for all Canadian women by mounting a national, multi-media education campaign on violence against women. The campaign should expressly denounce violence against women as criminal behaviour and emphasize societal responsibility for its prevention.

RECOMMENDATION 2

The Committee recommends that the federal government initiate discussions with provincial and territorial governments to ensure that the community has adequate resources to accommodate the demand for services that will emanate from the multi-media campaign on violence against women.

B. VIOLENCE PREVENTION INSTRUCTION IN SCHOOLS

A number of witnesses argued before the Committee that primary prevention of violence against women should be a national priority. They stressed that the fundamental character of Canadian society will not be altered until we look at how young men and young women are socialized. Accordingly, the education system needs to become an active partner in eradicating violence against women.

According to Kitty O'Callahan, the President of the Canadian Teachers' Federation, the family context of students' lives provides models of how power, control, and punishment should be distributed; these influences on behaviour are acted out in the schools. Abusers and victims are shaped in early life. She added:

Those who observe trends in education from outside the system are ever more likely to call public attention to increasing violence in our schools, to the growing number of at risk students present in schools..., to the unacceptably high drop-out rate, and to an almost fatalistic despair typical of all too many of our adolescents. These kinds of behaviours, according to research, are entirely consistent with those exhibited by young people exposed to violence in the home. The pundits ignore any connections and appear unwilling to explore how the context of children's lives influences the more obvious aspects of schooling. (4:10)

The Committee learned how threats and actual victimization have led to feelings of extreme vulnerability and fear in adolescent women in this country. The Canadian Teachers' Federation carried out interviews across Canada with nearly 1,000 young women between the ages of 11 and 19 to find out how they perceived the world and their place in it. Included in the survey was the open-ended question "Name three things that you thought about in the last day or the last few days." Some of their responses included:

You just have to close your ears and get on with your life. Sometimes you have no choice — the streets or your dad bothering you — or your brother or your uncle. Do men ever stop thinking of you just as something for sex? Life's sad for most people. I know I must be strong, no one is going to take care of me...

Who can you trust these days? I can't be sure it won't happen to me. Can I say no if I loved my dad? (4:8)

Guys force you to do things that you don't want to — they presume you'll say yes. I'm scared to walk down the road at night. Rape really scares me. (4:9)

A 1991 research study involving 1,000 students from schools in London, Ontario, found a significant proportion of students who go home to violence in their family every night and many who are already in a violent dating relationship. A very high proportion of students indicated awareness of dating violence in their circle of acquaintances: 54%

overall and 60% of girls. A significant majority of students indicated awareness of abuse in family relationships — either their own or those of people they knew. Overall, 62% of students and 72% of females, expressed awareness of abuse (5:53).

London Family Court Clinic and clinics similar to it around the country do assessments for court-initiated cases of young offenders, child welfare matters, custody and access matters. They deal with court-related referrals that often involve the issue of violence against women. Peter Jaffe, the Clinic's Executive Director, is an active proponent of violence prevention programs in the schools. He recommended that they should be an essential part of the basics in every school system:

We believe fundamentally that violence is a learned behaviour, that the attitudes that promote violence against women are learned. They are learned in early childhood, and reinforced in a variety of ways based on what children witness in their own homes and based on the kind of images we have in our community, especially through the media... We believe that all school systems across this country should be actively involved in violence prevention programs. (5:49)

Mr. Jaffe maintains that the schools should be teaching “reading, ‘riting, ‘rithmetic, and relationships, in particular violent-free relationships” (5:48). The students of today are, after all, the spouses, parents, clergy, social workers, police officers and doctors of tomorrow. The thrust of his proposal was expressed by the Executive Director of the Metro Toronto Action Committee on Public Violence Against women and Children. Patricia Marshall told the Committee: “Mandatory violence prevention curriculum, kindergarten to grade 13, is the absolute essential” (5:98).

The school is one of the main socializers of children in our society. Witnesses pointed out that educators are well positioned to increase students' knowledge, awareness and comfort level with such subjects as violence, sexuality, relationships, and gender inequality. Appropriate classroom instruction can break the silence and dispel the myth that violence in the family or in other intimate relationships is a private matter, and thereby give students permission to talk about the issues. The Committee is encouraged by and supportive of the work of the Canadian Teachers' Federation. The Federation has developed a curriculum guide entitled *Thumbs Down, A Classroom Response to Violence Against Women*, which contains sample lessons designed for levels kindergarten to grade 12. In age-appropriate ways, it encourages classroom discussion and activities aimed at teaching boys and girls non-violence in human relationships, responsibility for one's own actions, emotional development, the effects of gender stereotyping, and the influence of the media on gender roles. The Committee is impressed that an integral part of the curriculum in school systems across Canada should include violence prevention programs that begin in elementary school and continue to the end of high school.

RECOMMENDATION 3

The Committee recommends that the federal government work with the provinces, the territories and relevant professions to promote strong and consistent violence-prevention education in schools across the country. The federal government should attempt to ensure that such education expressly addresses gender-equality issues and is a mandatory part of the school curriculum in all elementary, junior and high schools.

The Committee heard that the societal beliefs, attitudes and practices which have fostered inequities between men and women are reflected in school curricula and extra curricula programmes for boys and girls sponsored by educational institutions, municipal parks and recreation departments and organizations which are frequently in receipt of public funding.

The Committee believes that every effort must be made to eliminate sexism and socially constructed gender limitations that restrict opportunities for girls and women and, by extension, limit their potential.

RECOMMENDATION 4

The Committee recommends that the federal government work with the provinces to promote policies governing educational institutions, parks and recreation departments and amateur sport organizations to eliminate practices which are barriers to the full participation of girls and to ensure that all individuals have equal access and equal opportunity to develop to their maximum potential.

Some of the witnesses who appeared before the Committee expressed concern about the powerful role of the media in socializing young people. They recommended that a component of high school curriculum for young men and women should include study of media representations of violence and their effect on behaviour. Judith Posner, of the Association for Media Literacy, informed the Committee that violent imagery is portrayed by a variety of media, most of which is mainstream, such as popular films, fashion advertisements, rock videos and pornography. The common themes or depictions in violent media images typically show an imbalance of power between men and women and the presence of coercion. They intimate that women enjoy pain, violence and subjugation. In certain popular "slasher films," girls and women who are independent are the victims; they pay a price for their autonomy. According to Ms. Posner:

The media serve as agents for reinforcing the status quo and legitimizing...activities in which women are constructed as necessary victims. (5:66)

The Association for Media Literacy was founded in 1978 in Ontario. Its goals are to create awareness among high school students of the pervasiveness of the mass media and their social, commercial, and political implications for the development of the self in society. The Association is made up of teachers who are committed to developing media literacy skills in young people who are immersed in media culture. Association members believe that media literacy, which is a mandatory part of the high school curriculum in the province of Ontario, is an essential tool for understanding media representations, including those of violence toward women. Ms. Posner noted that the Association does not advocate censorship but rather attempts to put gender representation into context and encourage young people to look at what the media are portraying with a more critical eye.

The Committee is aware of the pervasive and powerful role that the media play in our culture. As well, it is concerned about the images of women portrayed in the mainstream media which legitimize violence and desensitize viewers to its effects. It considers media literacy to be an essential component of violence prevention education to equip students critically to assess media violence and gender representation.

RECOMMENDATION 5

The Committee recommends that the federal government work with the provinces, the territories and relevant professions to promote media literacy education in the high school curriculum across the country. Media literacy instruction teaches students to critically assess media representations and messages including violence against women.

C. EDUCATION ON VIOLENCE AGAINST WOMEN FOR PROFESSIONALS

The Committee heard testimony that stressed the continuing need of doctors, emergency room nurses, police and social workers for education about wife assault, sexual assault and dating violence. Some professionals were described as having minimal knowledge about indicators of abuse, sensitive and supportive intervention techniques, appropriate treatment and available community resources for referral. They were also described as reluctant to become involved in wife assault and child physical and/or sexual abuse cases. The witnesses felt that when professionals fail to provide adequate and comprehensive assistance to victims of violence they are reflecting and reinforcing the widely held views that the family home is a private domain in which a man has exclusive authority over his wife and his children and that victims abused or assaulted by family members or strangers are themselves to blame.

In her experience, Michelle Doyon, of the Federation of CLSCs in Quebec, has found that women feel ashamed of and responsible for the violence in their lives. When they seek medical care for physical and psychological ailments such as headaches, stomach aches, insomnia and depression they rarely relate these maladies to their abuse. She noted that prejudice and lack of knowledge on part of medical practitioners inhibits them from looking beyond the symptoms, asking the right questions and helping women link their medical problems to violence (10:13).

The Committee is aware that some community agencies have taken steps to alter staff attitudes to violence and have developed protocols and procedures to respond to the abuse of women and children. According to witnesses, however, informed and comprehensive responses are uneven and fragmented across the country. The Committee believes that front-line agencies, which are often one of the first sources of help a victim will approach, have a moral, professional and social responsibility to intervene in ways that are sensitive and appropriate to the needs of the woman.

RECOMMENDATION 6

The Committee recommends that the federal government take the lead role on gender sensitivity training for law enforcement personnel by requiring police officers in the federal sector (R.C.M.P.) to take mandatory training and refresher courses that focus on the prevalence of violence against women and children, its symptoms, its consequences for victims, and appropriate ways to respond to victims' needs. The content of the courses should be developed in consultation with front-line agencies that work with female victims of violence. The federal government should make available appropriate resources to provincial and municipal governments to enable them to require their personnel in the law enforcement, social and health sectors to take these courses.

D. JUDICIAL EDUCATION ON GENDER-EQUALITY ISSUES

It is through the criminal justice system that society articulates its denunciation of convicted aggressors and their actions. The function of the judge in the court setting is that of an arbiter; in criminal proceedings the role of the judge is to assess the relevance of evidence and to determine what constitutes truth. In civil proceedings the role of the judge is to resolve disputes between opposing interests. In our adversarial system of justice, judges are traditionally seen as acting as impartial adjudicators as they apply and interpret the law. However, as witnesses before the Committee pointed out, this task is

highly discretionary and judges are subject to a range of influences; the interpretive process involved in judicial decision-making does not occur in a vacuum. Rather, legal reasoning is informed by the values, experiences, attitudes and assumptions of the decision-maker. Accordingly, the Committee was told, some judges hold assumptions about the proper behaviour of women and their social roles that are based on sexual stereotypes and myths and result in unequal and unfair treatment for women in the judicial process.

This issue was taken up by Bertha Wilson, then a member of the Supreme Court of Canada, in a paper she presented at Osgoode Hall Law school in February 1990. Madam Justice Wilson cited U.S. research studies which “confirm that male judges tend to adhere to traditional values and beliefs about the natures of men and women and their proper roles in society.” She went on to say: “The studies show overwhelming evidence that gender-based myths, biases, and stereotypes are deeply embedded in the attitudes of many male judges, as well as the law itself” (B. Wilson, *Gazette*, Law Society of Upper Canada, Vol. XXIV, No. 4, December 1990, p. 265).

Witnesses before this Committee recounted a number of court cases involving the sexual and physical abuse of women. In each example, the sitting judge revealed, in his comments and in the sentence given the convicted offender, insensitivity toward the victim and a lack of understanding of the effects of the harm caused by the violence against her. The Committee was struck by the many examples it heard of judges’ comments that tended to excuse violence against women and to blame the victim. While acknowledging that there are a number of judges whose judgments reflect an awareness of gender-equality issues, the Committee also recognizes that many judges require education both to overcome certain prejudices that are demeaning to women, and to be made aware of changes in gender roles in Canadian society.

The Committee believes that the following cases highlighted by witnesses reveal a lack of fairness in the existing system of justice and underscore the need for immediate action.

Dr. Rhona Steinberg, from the Canadian Psychological Association, Committee on the Status of Woman, recounted the following comments made by members of the judiciary (12:46-47).

A Quebec judge stated in an assault case: “As they say, any rule is made like a woman, to be violated.”

A Nova Scotia judge told a battered wife in court: “Women should respect their husbands.” According to the witness, this same judge was subsequently convicted for assaulting his wife.

A British Columbia judge gave a 33-year old man a suspended sentence for sexually assaulting a three-year old girl. According to the judge: "The child was sexually aggressive."

It is the view of Dr. Steinberg that these events send a message to men and women, young and old, that men have permission to assault women and that women are to blame if they are assaulted. She added: "Violence against women is the only crime where the victim is blamed" (12:47).

In her appearance before the Committee, Sister Cecile Renault, of the New Brunswick Coalition of Transition Houses Against Abused Women, related the experience of one battered woman with the criminal court.

There was a woman who came to the shelter where I work... She had been in the hospital for three days before coming to the shelter...she was really badly battered. The police had laid charges. She went to court about three months later...and there was her husband, the batterer. Of course she was the only witness; therefore, she had to testify. She told me after that she was paralyzed. She could not say anything, and the judge said it was contempt of court. He sentenced her to five days in jail because she would not testify. The lawyer met with the judge and he did not send her to jail... Outside the court, [the judge] said he just wanted to frighten her. She was so frightened that she could not speak. This is what I mean by being sensitive enough to what the woman is going through. (5:119)

Witnesses from the Montreal Urban Community Police Department and the Federation of CLSCs gave evidence concerning the referral mechanism that exists between the two organizations in wife assault incidents. John Kousik, of the Montreal Urban Police Department and Michelle Doyon, of the Federation of CLSCs, in their joint presentation expressed concern over the lack of understanding and sensitivity demonstrated by the judiciary to the problems of victims of wife assault. John Kousik noted that when a judge releases a man charged with wife abuse pending a hearing, the release conditions imposed are often inadequate to protect the victim from further abuse.

Quite often we have to explain why a judge has released someone on bail or on their own recognizance and the types of conditions imposed pending a hearing. Perhaps the judiciary should do this and hear the anguish, fear, and pain in the voice of the victim. (10:8)

Representatives appeared from the Ottawa-Carleton Regional Coordinating Committee on Wife Assault, a coalition of agencies and community-based organizations that serve women, ranging from shelters and support groups for women, through to the police, hospitals and lawyers. Ann Sharp told of two recent judicial judgments rendered in the Ottawa-Carleton region that had had the effect of re-victimizing the women involved and their children (13:44-45).

I know a woman whose ex-partner was convicted of aggravated assault against her. She was hung by ropes, naked, from the beam of a barn and whipped to a state of unconsciousness. The assault took place in front of the male's three children. The sentence he received was a \$200 fine and three years' unsupervised probation. The woman sat, disbelieving, as he was also fined \$500 for an unrelated charge of possessing illegal venison. Based on this sentence, one could argue that in the future moose and deer would be safer from this man than the woman he tortured.

Another man spent five weeks in jail and was convicted of assault with a weapon and utterances. With a sentence of one week in jail and three years supervised probation, which is in itself very rare, another judge in the same courthouse awarded this convicted assailant custody of two little girls, one four years old, the other two. The second judge, aware of the criminal proceedings...decided that the mother's return to school and residency in a shelter for battered women were more detrimental to the children's need for stability than their father's violence. The man took the children to his home 3000 miles away. I have since borne witness to a mother dying over and over and over again for her attempt at self-determination...

Rosemarie Kuptana, a member of Pauktuutit (Inuit Women's Association) provided the Committee with a number of examples of judicial comments and lenient sentences in sexual assault cases in the North which, in the view of Pauktuutit, have infringed upon "the constitutional right of Inuit females in the NWT to security of the person and to equal protection and equal benefit of the law (4:94). The examples reported to the Committee by Pauktuutit include the following (4:95-96):

In 1984, Judge R.M. Bourassa, of the territorial court in the NWT, sentenced three men convicted of sexually abusing a mentally impaired 13 year old girl to one week in jail. In his statement at the sentencing of the three men, the judge revealed his perception of Inuit culture:

For people of the eastern Arctic, there is no prima facie age restriction when it comes to sexual intercourse. The acculturation process of children does not include the terms 'statutory rape', 'jail bait', or other terms suggesting prohibition. Rather, the morality or values of the people here are that when a girl begins to menstruate she is considered ready to engage in sexual relations.

In 1984, a man who was convicted of a violent sexual assault against his daughter was sentenced to six months. The judge gave the following rationale for the sentence:

I can take into account that (the accused) has no criminal record; he has never broken the law before; he is a hunter and provides for his family in the traditional way. I have nothing before me to indicate that he is anything but a good hunter and a competent provider for his family.

In 1989, a man pleaded guilty to four counts of sexual assault which involved fondling young girls between 9 and 12 years of age. He received a suspended sentence and was ordered to perform 300 hours of community work. The sentencing judge commented:

I am going to take a chance with him and not send him to jail for these minor sexual assaults.

In 1989, a comprehensive review of the justice system in the NWT and Judge R.M. Bourassa's dismissal from the bench were called for by Pauktuutit and other women's organizations in the North as a result of the following comments made by Judge Bourassa.

The majority of rapes in the Northwest Territories occur when the woman is drunk and passed out. A man comes along, he sees a pair of hips and helps himself... That contrasts sharply to the cases I dealt with before (in southern Canada) of the dainty co-ed who gets jumped from behind.

Aruna Papp, representing the South-Asian Family Support Services, has spent 14 years working with abused women from the South Asian community in Canada. She told the Committee:

The courts are not sensitive to wife abuse, women abuse, period. It does not matter what culture they are...It is very discouraging that not enough education has been done in that area. I do not think that it has to do with culture at all; it just has to do with women. (9:13)

The Committee agrees with the witnesses' assessments that these, and other examples it heard of judicial comment in physical and sexual assault cases, reflect cultural and gender insensitivity based on negative stereotypes and myths about women, sexuality, and violence. These perceptions of judges have had the effect of decreasing or negating the seriousness of violence and its impact on the victim. The Committee believes that until the judiciary responds to these crimes of violence against women in a way that deters and denounces the violence, women will continue to be revictimized by the criminal and family courts in this country.

Each of the witnesses who spoke on the subject of gender issues and the judiciary before the Committee highlighted the need to educate judges about violence against women. Each expressed the viewpoint that judicial education to address and enhance understanding of gender issues must be mandatory or judges would not participate. The Committee agrees with the thrust of these proposals.

The Committee is aware of the existence of the Canadian Judicial Centre which was established at the University of Ottawa in 1989. The mandate of the Centre is to design and coordinate educational services for sitting judges at all levels across the country. The national school is run by judges for judges. It provides both training and refresher courses on legal topics such as writing judgments, criminal evidence, interpreting the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* and sentencing. As well, there are professional development seminars that emphasize, among other things, the changing values of society and a focus on wife assault, gender-equality and cultural diversity. Participation of judges is strictly voluntary. The Committee sees the inclusion of courses related to gender equality in the Canadian Judicial Centre curriculum as possibly

producing salutary effects. However, given that course participation is voluntary, the Committee is not sanguine that the judges who need gender sensitivity training the most will avail themselves of it.

The Committee holds the view that if judicial education on gender-equality issues is to be effective, the participation of judges must be mandatory and the course content must be developed in consultation with organizations and front-line agencies that work with abused women, as well as legal professionals. The participation and support of workers familiar with the needs and experiences of women victims of violence will facilitate the development of relevant course materials.

RECOMMENDATION 7

The Committee recommends that the federal government take the lead on gender sensitivity training for judges by requiring section 96 judges (federally appointed judges) to take training and refresher courses that focus on violence against women and related gender-equality issues. The federal government should also encourage the provinces to require their provincially appointed judges to take these courses. The content of the courses should be developed in consultation with front-line agencies that work with female victims of violence.

E. VIOLENCE AGAINST WOMEN IN NON-TRADITIONAL ROLES

The Committee learned that violence against women on university campuses is prevalent across the country. Dr. Rhona Steinberg, president of the Status of Women Committee of the Canadian Psychological Association, pointed out that, contrary to popular belief, violence toward women is found among university students — the wealthy, the educated and the supposedly enlightened (12:43).

She cited the findings of a study carried out on 34 university campuses in the United States involving over 6,000 students. Over 15% of the women who participated in the study reported that they had been victims of date rape, within the legal definition of rape. And 84% of the men, whose behaviour met the legal definition of rape claimed that they had definitely not committed rape. In another U.S. study, 32% of university men said they would rape if they were absolutely assured that they would not get caught. The percentage rose to 50% when the term “sexual assault” was substituted for “rape”. According to the witness, these findings suggest that we need to educate young people about what rape is and its consequences for victims. She noted that research done in Canada on a smaller scale at the University of Manitoba in the mid-1980s found a similar percentage of rape among women students (12:44).

Dr. Steinberg, who is currently involved in a national survey on the incidence of date rape on Canadian university campuses, told the Committee that “date rape is more insidious than stranger rape, because we know to fear strangers. In date rape we do not know whom to trust. We do not even trust our own judgment any more. If blaming the victim happens in stranger rape, you can well believe how it happens in date rape” (12:49).

In her evidence, Catherine Remus, Government Relations Officer from the Canadian Federation of Students, pointed out that the educational community is a reflection of the wider society, including its unequal gender relations. She told the Committee that barriers to women in post-secondary education are found in “the use of sexist language in the classroom and in educational materials, sexist articles in student papers, demeaning and hateful graffiti, systemic discrimination, sexual harassment and assault” (6:5).

Ms. Remus provided the Committee with the following recent examples of sexism, harassment and assault perpetrated against female college and university students on campuses across Canada (6:5-6):

In September 1989 at Queen’s University, in response to a date rape awareness campaign that used the slogan “No Means No,” some male students reacted by posting signs stating “No Means Kick Her in the Teeth,” and “No Means Tie Her Up”.

In September 1989, at Wilfrid Laurier University, after a panty raid, several pairs of women’s underpants were hung up on the wall of the university dining hall and smeared with ketchup and other substances to represent feces and blood.

In December 1989, at the University of Alberta, during a skit night organized by the Faculty of Engineering, when a female student took the stage with characters wielding toy guns, hundreds of people in the audience began chanting “Shoot the bitch, shoot the bitch”.

In July 1990, at the University of Waterloo, a female student was forced by a group of male students to read explicit letters into a tape recorder and was threatened with abuse if she did not comply.

In October 1990, at the University of British Columbia, 22 male students sent obscene invitations to a tug of war that contained threats of rape and violence to 300 female students.

In the 1990 fall semester at Carleton University there were two reports of sexual assault, six cases of indecent exposure, one indecent phone call, eight cases of sexual harassment and five cases of harassment by phone. These were reported cases.

At the same time at the University of Ottawa there were 33 cases of indecent exposure, one report of sexual assault, six cases of physical assault, eight indecent phone calls and at least four cases of sexual harassment.

On December 6, 1989, 14 women engineering students of the University of Montreal were killed by a man who claimed to hate feminists. It was the most tragic act of violence against women ever witnessed on a Canadian campus.

Ms. Remus ended by commenting “unfortunately the list goes on throughout all of Canada’s universities and colleges” and arguing that a national public awareness campaign on violence against women is urgently needed in this country.

Sylvia Siuofi, a researcher with the Canadian Federation of Students, informed the Committee that it is very difficult for students to show sexual harassment and sexual discrimination. Both at the national and provincial level there are human rights codes that cover sexual harassment in the workplace, in accommodation and in services, but there is no human rights protection against harassment of and discrimination against students in the educational community. She recommended that the human rights codes at the federal and provincial levels be amended.

The Committee agrees that there is a requirement that is not currently met by human rights legislation: there should be enforceable policies and procedures in place for the protection of both men and women from sexual harassment and sexual discrimination in educational institutions. The Committee also believes that Parliament should be exemplary in this regard.

Creating an environment in which men and women enjoy equality of opportunity, as well as freedom from violence, requires more than legislation mandating that men and women be treated similarly. Legislating formal equality, such as was done in Canada with the enactment of section 15 of the Canadian Charter of Rights and Freedoms, does not necessarily mean that substantive equality will follow. For Canadian women, equality in terms of freedom from violence continues to be a goal, and not a reality.

Substantive equality is hindered by systemic discrimination. Systemic barriers act to prevent women as a group from achieving real equality. For example, systemic barriers can deny women access to justice, and they can prevent women from entering certain professions or occupations, or prevent those women who gain entry from participating fully. Affirmative action, meaning the removal of systemic barriers, requires first the identification of the barriers that deny women opportunities, and second the eradication of the barriers.

The Canadian International Development Agency (CIDA) has compiled a policy, called *Women in Development: CIDA Action Plan*, which is applied to every proposal of a development project, requiring that the impact of the project on women be identified. The policy makes the consideration and removal of systemic barriers to participation by women a mandatory part of every proposal. This policy means that in every initiative CIDA undertakes, its impact on women is a crucial and immediate issue to be understood and accommodated in the manner best suited to the promotion of women's equality.

RECOMMENDATION 8

The Committee recommends that the federal government move within its own jurisdiction to eliminate systemic barriers which prevent women from enjoying equality of opportunity and security, and encourage the provinces to also do so.

RECOMMENDATION 9

The Committee recommends that Parliament mandate the Women's Parliamentary Association (WPA) to study, and present a report, within six months on existing systemic barriers to women's full participation within the House of Commons and its Support Services, and to make recommendations for the elimination of such systemic barriers.

RECOMMENDATION 10

The Committee recommends that the Canadian Advisory Council on the Status of Women be invited to conduct gender-sensitivity programs for Members of Parliament.

F. FUNDING OF SHELTERS FOR BATTERED WOMEN

Front-line workers who provide counselling, support, advocacy and shelter to physically and sexually assaulted women and their children told the Committee that too few services are in place to assist the number of victims of violence who need help. Services for battered wives and sexual assault victims are, in the main, provided by organizations that lack adequate and secure funding.

There are a total of 292 transition houses for battered women and their children across Canada (Canada, *Transition Houses and Shelters for Battered Women in Canada*, Health and Welfare Canada, 1989). Developed originally through community

action by women's groups, transition houses are often the only option for women who have no money or support systems. Transition houses offer a short-term, safe living environment for battered women and their children. They are the first step towards breaking the cycle of violence and control. The period of stay in a transition house can be for a few days, a few weeks or a few months. Simone Harris, a representative from the New Brunswick Coalition of Transition Houses Against Abused Women, described for the Committee the typical characteristics of women who come to a shelter in that province: they are in their late twenties or early thirties; on income assistance; and do not have a lot of family support. The witness pointed out that these are not, of course, true statistics for battered women in general because women who are financially well-off do not seek refuge in shelters, which are places of last resort for women who have nowhere else to turn for safety and support (5:126).

Transition house workers offer assistance to residents in their dealings with social, financial, legal, health, and housing services. They provide protection and arrange referrals to other services and crisis counselling. As well, in some transition houses, staff offer counselling for sexual assault, incest and family problems. Workers also accompany women to court and to their homes to collect their belongings. Job stress due to confronting daily evidence of brutality is endemic to the work of shelter workers.

Most transition houses do not have, and have never had, ongoing core funding. Limited government grants and low level *per diem* funding for each inhabitant is provided through the Canada Assistance Plan (CAP) and is relied on to operate a house and hire staff. CAP is a 50-50 cost-sharing program between the federal and provincial governments. Through its support of provincial welfare programs, it subsidizes the cost of social services for people living below the poverty line. The 1990 federal budget limited increases in federal spending under the Canada Assistance Program to 5%, for the fiscal years 1990-91 and 1991-92, in the provinces of Ontario, Alberta and British Columbia. In the 1991 federal budget, the limit on the federal contribution under CAP to these provinces was extended for three additional years. Eleanor Summer, Vice-President of the British Columbia/Yukon Society of Transition Houses, told the Committee, "if the CAP program goes, I have no trouble believing that transition houses will go" (5:30).

Witnesses from provincial associations of transition houses told the Committee that the funding arrangements for shelters are inadequate for keeping a shelter open 24 hours, operating a crisis line, and ensuring there is sufficient staffing. The absence of stable, predictable operational funding inhibits long-term planning and program development, and means there are no counsellors for the children who with their mothers flee violence in the family home. In Saskatchewan, there are 2.5 child counsellor positions funded by the government for all transition houses in the province (5:40).

Inadequate funding has meant that staff levels and salary levels are low. Witnesses noted that the pay levels are evidence that staff work for personal, not financial, rewards. The average wage in transition houses in B.C. is \$10 per hour whether a worker has a psychiatric nursing degree or a Bachelor's or Master's degree in Social Work (5:32). In Saskatchewan, counselling staff who have worked in a house for over six years make just over \$20,000 (5:39). As further evidence of their commitment, shelter staff contribute their labour on a volunteer basis to conduct fundraising, public education and awareness initiatives (5:39).

A problem identified by all the witnesses who addressed the topic of shelters for battered women is the chronic shortage of space in many shelters. Demand outstrips supply across the country.

Last year in Quebec, 4,264 women were admitted to 44 shelters. In that province, one woman out of two is turned away from the shelters because of lack of space (2:30).

In Alberta, approximately 1.5 or 2 women are turned away for every one who is accepted (2:30).

In Saskatchewan, a 16-bed shelter in North Battleford turned away 40 families in 1989-90. In the province, some women come 500 miles to access services (5:38, 44).

In Manitoba last year, the emergency shelter in Winnipeg run by the YWCA provided short-term emergency shelter to over 2,000 women and children (4:65).

In British Columbia, for every family taken in, two are turned away (5:25). The witnesses told the Committee that when a woman is turned away she may be put up in a hotel, where her safety cannot be guaranteed, or sent to a house elsewhere in the province that has room. In British Columbia, some women are sent to houses a two-hour car drive away from their homes. They may be safe there, but they have no support, no family, and the children are far from their friends and school (5:31).

For disabled women, Native women and immigrant and visible minority women who are abused, the dearth of accessible, culturally relevant and sensitive services and supports is even more acute.

Taking all these factors into consideration, the Committee is not surprised that there is a high turnover of staff in transition houses. It is in agreement with those who assist and support physically and sexually assaulted women that the chronic underfunding of emergency shelters and services reflects both the low priority our society accords to overcoming violence against women and the under-valuing of women's work in Canadian society.

RECOMMENDATION 11

The Committee recommends that the federal government take the lead role to ensure that secure, long-term funding is available for front-line agencies providing services to assaulted and abused women and girls. Financial support is needed to ensure that services will be accessible to all women in need and sensitive to the needs of women with disabilities, elderly women, and women who are immigrants and/or members of visible minorities.

G. TREATMENT FOR VIOLENT MEN

There are a total of 114 Canadian treatment programs for men who batter their partners (Canada, *Canadian Treatment Programs for Men Who Batter*, Health and Welfare Canada, July 1988). These programs often have formal links to the criminal justice system. They may be located within correctional institutions. They may be part of a sentence or an alternative to the criminal justice system offered in the community. And, they may be voluntarily entered into by a man whose partner has threatened to end the relationship unless he seeks help.

Treatment groups do not necessarily have the same focus or produce the same results. Witnesses reported that men who go through these programs may learn how to “manage their anger” and then resort to emotional abuse as a substitute for physical abuse. The preferred program model for violent men was described as one in which an abuser is encouraged to take responsibility for his violent actions and to recognize the cues that trigger them, to heighten his understanding about the causes and consequences of violent behaviour and to work towards changing his behaviour and attitudes.

The Committee is aware that the federal government has undertaken evaluations of existing treatment programs for violent men. The Brief to the Committee prepared by the Canadian Advisory Council on the Status of Women called upon the federal government to release the results of these evaluations to the public. The Committee endorses this proposal. It is anxious that treatment and counselling programs should not encourage violent men to substitute one form of abuse for another and that, indeed, men should come to accept responsibility for their violent behaviour.

RECOMMENDATION 12

The Committee recommends that the federal government immediately release the evaluation results of its research on the effectiveness of the different program models for men who batter women.

As a result of the evidence it heard, the Committee is aware that not all abused women wish to see their husbands or partners jailed. Typically they want them to receive counselling and treatment and the abuse to stop. The Committee is also aware of research showing that many violent men will find another woman to abuse if their wife or partner ends the relationship. The Committee is convinced that a man who has resorted to threatening a woman with a gun or inflicting grievous bodily harm on her is unlikely to seek help by himself. Accordingly, the Committee agrees with the witnesses that, if the cycle of violence is to end, effective treatment and counselling, either in the community or a correctional facility, must be a mandatory part of the sentence given to a man convicted of physical or sexual assault against women or children.

Notwithstanding its endorsement, the Committee recognizes the limits of treatment programs. David Singleton, of the Assault Prevention Centre in Montreal, cited research on men who sexually abuse women and children. It shows that male violence against women is related both to traumatic experiences in childhood as well to normal male behaviour which is to gain power and control over persons with less status. Abusive men are rarely abusive towards someone they regard as their equal. These men have absorbed societal values and attitudes which give men permission to abuse women and children. Thus, programs must be sensitive both to earlier victimization and to the sexist culture which reinforces male dominance and control over women (13:20-21). John MacDonald, a facilitator with an Ottawa treatment program for violent men, believes that these programs are inherently limited by virtue of the context in which they are given.

I think that success is very, very limited and I think it is bound to be if we are talking about a short program in a society that does so much to reinforce men's feelings of men's privilege and sense of entitlement, which lies at the root of the choice to be abusive. (13:60)

However, Anna Nosko, a counsellor with the Family Service Association of Metro Toronto, who also runs programs for abusive men, told the Committee that despite their qualified success, "it is important to mandate programs for men... It is a statement that it is wrong... Even if they are very angry by the end of the program they will be held responsible for their behaviour. They will have been given a chance to learn how not to be violent" (12:30).

There are fundamental limits to the effectiveness of treatment programs that attempt to change sexist attitudes and violent behaviour towards women without altering the societal influences giving rise to and reinforcing those behaviours and attitudes. Yet, the Committee believes that violent men must be made accountable and responsible for their behaviour in order to protect women from becoming the future targets of their rage.

RECOMMENDATION 13

The Committee recommends that the federal government require federal prosecutors in the territories to take education courses on violence against women and that the prosecutors be directed to recommend mandatory counselling and treatment, in addition to other criminal penalties that apply, in cases where a man has been convicted of assaulting his wife or partner. The content of the education courses should be developed in consultation with front-line agencies that work with female victims of violence. The federal government should also encourage provincial governments to direct their Crown prosecutors to take these courses and to recommend, in addition to other sentencing options, mandatory counselling and treatment programs in wife assault cases.

Of course, if treatment programs are to become one of the options a judge considers at sentencing, there must be resources in the community to deliver the service. Witnesses who run programs through community agencies told the Committee that the demand for their programs has created long waiting lists. This is the case even for those programs that have given wife assault cases priority and put wife abusers at the top of their treatment waiting list. As well, judges and lawyers must also be educated about existing resources, in order that they will use them in appropriate cases.

RECOMMENDATION 14

While the Committee recognizes assistance to victims to be a funding priority, it recommends that the federal government take the lead role to ensure that stable, adequate funding is available for treatment programs for violent men. Funding should go to program models that have been identified as the most effective in the federal government's evaluation research on treatment and counselling programs for men who batter.

H. AFFORDABLE HOUSING

The Committee heard from many witnesses that access to housing is inextricably linked to wife assault. The lack of safe, accessible, affordable housing forces women and children to remain in or return to violent living environments. As noted earlier in the Report, a woman's stay in a transition house is of short duration. Many women who leave the transition house go back to the abusive situation because they have neither the

resources to move into the rental market nor access to affordable housing. There is also a dearth of emergency, second-stage housing that offers accommodation for a longer term than can be offered by transition houses.

Bluma Teram, Director, Lincoln Road Apartments, YWCA, Kitchener-Waterloo told the Committee that amongst the multiple needs of abused women, safe, affordable housing is paramount.

Only after safety and affordability have been secured can a woman begin to deal with other serious concerns, such as legal issues, physical and emotional health problems, education and retraining and working towards economic independence. (4:68)

The Committee is aware of and supports the federal government's recently announced program Next Step, which is designed to create 150 to 170 housing units to meet the longer-term housing needs of battered women and their children. The length of stay in such accommodation would be for six months to a year. However, the Committee is concerned that this short-term housing, while necessary, does not respond to the urgency and gravity of the unmet long-term housing requirements of single mothers and their children.

RECOMMENDATION 15

The Committee recommends that the federal government take the lead role in coordinating the development of a housing policy in Canada and providing tangible support to resolve the crisis in affordable and accessible accommodation confronting low income earners and the poor, particularly for women who are not safe in their homes.

I. REMOVAL OF VIOLENT MEN FROM THE FAMILY HOME

Witnesses questioned the practice that requires an assaulted woman and her children to leave the family home to ensure their safety. They noted that in addition to the problems in obtaining alternative accommodation, fleeing the family home has profoundly disruptive effects on children. They not only leave the familiarity of their home but that of their school, their friends and their neighbourhood at a time when the family is in crisis. Witnesses suggested that, after the arrest of a violent man, a Crown prosecutor could ask a Judge to issue, as a special condition of release pending trial, an order prohibiting the accused from returning to the area of the family home. However, they pointed out that existing legal instruments to protect women, such as "no contact" judicial orders prohibiting batterers from approaching or contacting their wives or children, are constantly ignored. Women and children are frequently harassed,

threatened, physically and sexually assaulted and even killed by men who are under a restraining order from the court. Judith Parrack, a practising family lawyer associated with the National Association of Women and the Law, provided the Committee with an example of her experience with no contact orders.

I have a woman right now who has a restraining order, an exclusive possession order, and every order you can think. Her husband broke in Friday night and beat her up. Men have an opinion that they are above the law. Because of the lack of immediate police response that is swift and clear, they continue to get the message that they can sort of play the line and see how far they push it before somebody will actually act. (4:50)

Breaches of court orders have had lethal outcomes for women as well. In a final, desperate act of rage against the independent action taken by his estranged wife, in April 1991 a Gloucester, Ontario, man shot her to death as she was leaving her home for work and then turned the gun on himself. The assailant was under court order prohibiting him from going anywhere near the victim and was awaiting trial for breaching that order.

Witnesses advised the Committee that it should be made police policy that in cases of wife assault, the alleged offender should be removed from the home. They emphasized that it is imperative that any policy denying access to the family home be accompanied by clear and precise instructions to the police specifying how to respond to reported breaches of the “no contact” conditions and to the courts specifying penalties to be imposed on those convicted of breaching such an order.

The Committee is convinced that the current practice that forces victims of wife assault and their children to leave the family home and live in a crowded shelter in order to protect themselves from their abuser is fundamentally flawed and inequitable. This practice re-victimizes victims and fails to register adequate disapproval of the assailant’s behaviour.

RECOMMENDATION 16

The Committee recommends that the federal government develop a legal policy that would allow a judge, on a request from a Crown prosecutor, to issue an order removing a man charged with assaulting his spouse or partner from the family home. The legal policy should ensure that the police and the courts provide adequate protection to the victim and enforce the court order.

J. POLICE CHARGING POLICY

The Committee heard that police responses to violence against women are often inadequate. In sexual assault cases, the victim is often not believed. In wife assault cases, the perception of the sanctity and privacy of the family prevails over women's need for safety. Police intervention is critical as they set the entire criminal justice process into motion. When police arrest a violent man, his victim, and potential future victims, are provided with immediate safety and his behaviour is denounced and labelled criminal.

Canada has charging policies in place across the country with respect to wife assault cases. Typically, the policies state that when police have reasonable and probable cause to believe an assault has taken place, they do not have to have witnessed it in order to lay a charge. Witnesses commented, however, that there is a chasm between policy and practice. For example, one study carried out by the Ontario Solicitor General found that police did not lay charges in 50% of the domestic violence occurrences to which they responded (5:79).

Witnesses told the Committee that some police officers believe that wife assault calls are not serious and therefore fail to respond to these incidents in a timely manner. In point of fact, in May of 1991, a Calgary woman was severely beaten and raped in her home by an intruder when police did not respond to her 911 emergency call for help. The police explained that they did not respond to the call as an emergency because the 911 dispatcher indicated that he thought the call was a "domestic dispute" (Calgary CP, 9 May 1991). Police tend to believe that wife assault incidents will not profit from police intervention because the victim will continue her relationship with her abuser after he is charged, she will not appear in court and testify against him, and, in the end, he will be acquitted. Witnesses expressed concern that this attitude is discriminatory in that it fails to offer immediate protection to the victim and it reflects a profound lack of sensitivity towards the complexity of wife assault.

Research has revealed that women who are physically and sexually assaulted may refuse to testify against their assailant because they do not trust the criminal justice system, because they are ashamed or embarrassed, and because they fear retaliation by their assailant. Assaulted women often stay with their husbands or partners for a host of inter-related reasons: they do not have a job and are reliant on his salary; they cannot obtain affordable housing; they lack the necessary skills sought in the labour market; they cannot support themselves and their children on their salary; they lack child care enabling them to find and hold down a job; they do not want their relationship to end but would rather see the abuse cease. In short, women are confronted with limited choices when they try to put an end to the violence in their lives.

Helena Orton, Director of Litigation, Women's Legal Education and Action Fund, explained to the Committee the dilemma inherent in the mandatory charging policy.

One of the underlying problems is that there are not the supports for women to make the decisions to have a real choice about whether to participate in the criminal justice system. If she does want to leave her husband, the supports in order to be independent and get out of a battering situation are not there. While the whole movement towards charging has been extremely important in terms of recognizing violence against women, we cannot do it in a vacuum. We have to give women real options in order to address those sorts of changes. (4:39)

Peter Jaffe agrees that a charging policy works most effectively where support services are in place.

If the laying of charges is seen as an overall community response, where the police and support services from the shelter or other agencies work with the police from the moment the charges are laid, from the moment the assault had taken place through to the court appearance, then you are providing proper community service. (5:63)

John Kousik from the Montreal Urban Community Police Department, in his testimony before the Committee, acknowledged that many women are simply not able to testify against their partners because they require support that the police are not able to give. However, he believes that the advantage of the mandatory charging policy is that it sends out a message that violence against women in the home is unacceptable and a crime (10:20).

The Committee accepts that a necessary, albeit limited, element of the state's response to violence against women is the policy of laying charges in wife assault cases where reasonable and probable grounds exist for belief that an assault has occurred. It believes that federal and provincial governments should publicly direct police authorities diligently and consistently to support this policy. The mandatory charging policy should be extended expressly to cover sexual and physical abuse of women and children occurring both within and outside the family home.

RECOMMENDATION 17

The Committee recommends that the federal government take the lead role in stressing the importance of the mandatory charging policy in cases of physical and sexual assault and abuse by directing the R.C.M.P. to assiduously follow the policy. The federal government should also encourage provincial governments to direct their police forces to consistently support their respective mandatory charging policies.

K. CONSULTATION WITH WOMEN'S GROUPS

Although the history of legislation dealing with violence against women is as old as the criminal law, recent history has seen changes reflecting the impact of women acting as advocates for change. The Committee heard witnesses express their concerns about women as victims of domestic violence, women as victims of sexual assault, and women as participants in the justice system. In none of these spheres were witnesses able to report that existing legislation deals adequately with the overwhelming and terrifying problem of violence against women. The federal government's part in ending violence against women was addressed by some witnesses in terms of its legislative role.

The Committee was told that violence against women is a problem of sexual inequality. Laws currently in place are ineffective in stopping violence against women, and they can perpetuate inequality. When laws designed to deal with this problem are based on a model of gender neutrality, they fail to attack a very gender-specific set of problems. Sexual assault and wife assault cannot be treated as gender-neutral crimes: women are the victims of these crimes, and men are the perpetrators. The fact of the unequal position of women in Canadian society places women in relationships of unequal power, sometimes facilitating the commission of violent crimes. Women are limited by their political, economic and social inequality in Canadian society; when they attempt to gain access to the legal system in seeking solutions to violent situations, women often find themselves additionally disadvantaged.

Indeed, this position was argued by Madam Justice Beverly McLachlin in April 1991. In a speech in Calgary, she said that certain aspects of the criminal law in Canada are based on outdated sexual stereotypes that result in unfair and unequal treatment of women. "In the past, and to some extent the present, our criminal law has failed to accord equality to women". (*Ottawa Citizen*, 19 April 1991) Last year, Madam Justice Bertha Wilson, then of the Supreme Court of Canada, assailed gender bias in the criminal law when she stated: "Some aspects of the criminal law in particular cry out for change since they are based on presuppositions about the nature of women and women's sexuality that in this day and age are little short of ludicrous." (*Canadian Forum*, 68, March 1990, p. 8.)

Any legal response to violence against women which fails to take into account the reality of societal patterns of inequality and the resulting patterns of violence will not protect women's equality. Witnesses before the Committee described equality as including personal security, autonomy and sexual integrity, as well as access to justice. The Committee acknowledges Parliament's obligation under the *Canadian Charter of Rights and Freedoms* to guarantee equality for women, and therefore it recognizes that

all federal legislation must be subject to review for its effect on women's equality. The Committee was told that the process of scrutinizing prospective legislation in this way should incorporate the participation and suggestions of equality-seeking groups.

The alternative to adequate scrutiny of legislation is litigation by equality-seeking groups who are forced to challenge unconstitutional legislation before the courts, or, even more disturbing, to protect the legislative gains already achieved by women which have been challenged by those hostile to women's equality. This places an inordinate burden on non-profit equality-seeking groups, and women's equality should not depend on the litigation capacity of such organizations. Helena Orton, of the Women's Legal Education and Action Fund (LEAF) told the Committee that "equality requires that government respond to the needs of disadvantaged groups"(4:29), and she pointed out that this is a requirement for positive action, because inaction will often reinforce inequality.

In order for Parliament to make clear its message that violence against women is no longer acceptable in Canada, the Committee was advised that any statement to this effect must be accompanied by an allocation of resources to help the most disadvantaged groups in society who are seeking equality. The Committee agrees that the expertise of equality-seeking groups should be sought for timely and meaningful consultations on the drafting of legislation to deal with the problem of violence against women.

RECOMMENDATION 18

The Committee recommends that an administrative body or task force, comprised of individuals with expertise in law as well as other expertise in areas affecting women's equality, be struck and charged with the task of developing equality-enhancing legislative responses to violence against women, through timely and meaningful consultation with equality-seeking groups. The groups should be provided with funding to enable them to develop their expertise and provide the committee with input and assistance. This task force would be responsible for the screening of all legislative initiatives to determine their consistency with women's equality.

L. PREAMBLES TO LEGISLATION

Since the advent of the equality guarantee in section 15 of the Charter, women and their advocates, such as LEAF, have demonstrated in the courts some of the many instances of inequality experienced by Canadian women. Witnesses described the

primary areas of inequality highlighted in recent Charter cases. The systemic forms of inequality foster and render violence against women legitimate. They create the social climate in which violence against women takes place, and fails to be redressed appropriately, and they prevent women from effectively seeking solutions within the legal system. Legislation enacted to correct these imbalances in our society may be challenged by those hostile to changes that will result in greater equality and security for women. Witnesses before the Committee described examples of equality-enhancing legislation weakened or eroded by such challenges, such as the criminal law provisions limiting the admissibility of evidence on the sexual history of complainants in sexual assault cases.

Sections 276 and 277 of the *Criminal Code* represent an intervention by Parliament into the law of sexual assault, designed to curb the inquiry by defence lawyers into the complainant's past sexual conduct and sexual reputation. This attempt to revise legal rules based on stereotypical and erroneous beliefs about women's sexuality — for example, that sexually active women are more likely to lie about rape allegations and that their evidence is unreliable — represented the intention of Parliament to correct part of the social inequality underlying violence against women. This provision has been subject to several constitutional challenges in recent years, and has been ruled unconstitutional in the majority of cases to date. The issue has been heard most recently by the Supreme Court of Canada, whose decision is yet to be released.

As Helena Orton of LEAF told the Committee, referring to the cases of *R. v. Seaboyer* and *R. v. Gaymes*, where sections 276 and 277 were challenged:

"These provisions were fought very hard for by women's organizations in order to improve access to the criminal justice system for women. Rape has historically been one of the most under-reported crimes. The provisions are being challenged by two men accused of sexual assault, on the basis that they violate their trial rights, that evidence of sexual reputation and evidence of sexual history are relevant to consent" (4:30).

The Committee is concerned that legislation drafted and enacted to correct inequality in Canadian society will fail to achieve its objective if it is vulnerable to constitutional challenges because the drafters have failed to make clear the legislative purpose it serves. Such legislation can be strengthened by the inclusion of statements in its Preamble about Parliament's intention to acknowledge and correct women's inequality. When this is not done, the proving of systemic inequality can be an expensive part of the litigation process. For equality-seeking groups who are supporting legislation which was designed to remedy a disadvantage faced by women this expense is particularly burdensome, because their resources must be directed toward proving a disadvantage which was already accepted by the drafters of the impugned legislation.

RECOMMENDATION 19

The Committee recommends that legislation adopted by Parliament which is designed to enhance the equality of women and to stop violence against women contain strong Preambles acknowledging women's inequality in Canadian society and invoking the constitutional equality guarantees as the purpose of the law.

M. SECTIONS 276 AND 277 OF THE *CRIMINAL CODE* OF CANADA

The Committee is concerned with the preservation of sections 276 and 277 of the *Criminal Code*, one existing legislative initiative to combat violence against women. The striking down of these provisions by the Supreme Court of Canada would represent the perpetuation in legal doctrine and institutions of the social inequality which underlies violence against women. If women who are sexually assaulted must face brutal interrogation about their sexual history and reputation, they will be discouraged from reporting this type of offence and will be denied the measure of protection that could be afforded by our legal system.

Section 276 of the *Criminal Code* prohibits the leading of evidence regarding the sexual activity of the complainant with anyone other than the accused person, except in limited circumstances. The effect of the Ontario Court of Appeal decision in *Seaboyer* and *Gaymes* is to preserve section 276, but to allow trial judges discretion to set it aside in some cases, and to hear the evidence and decide when questions about the complainant's past sexual history will be allowed. The Committee is certain that Parliament had already considered all of the instances when such evidence should be allowed, and those instances are listed in section 276 of the *Criminal Code*. There should be no discretion left to trial judges to go beyond the list provided in that section.

Section 277 of the *Criminal Code* makes any evidence of the sexual reputation of the complainant inadmissible for the purpose of challenging or supporting her credibility. This provision has also been constitutionally challenged, but the courts have been more divided in their responses. Witnesses before this Committee advised that the courts, in striking down sections 276 or 277, have failed to weigh properly the value which is served by these provisions, that of promoting the personal security of women and their right to legal protection. The Committee feels that this objective formed the basis for the enactment of both these provisions and justifies Parliament's continued support for them.

RECOMMENDATION 20

The Committee recommends that, if the Supreme Court of Canada strikes down sections 276 and 277 of the *Criminal Code*, Parliament re-enact the provisions using section 33 of the Charter (the override provision) to protect the provisions from further constitutional challenges or erosion.

N. DEFENCE OF MISTAKE OF FACT IN SEXUAL ASSAULT CASES

The law relating to the evidence of victims of sexual offences was identified by Madam Justice Beverly McLachlin in a recent speech to the Elizabeth Fry Society in Calgary, Alberta, (17 April 1991) as an area of the criminal law where sexual stereotypes and myths have led to unequal and unfair treatment of women. The law reflects the continuing influence of the myths that claim women are irrational and profoundly sexual beings, predisposed to lying about having consented to intercourse. The law of consent in sexual assault cases is founded on stereotypes of sexual inequality.

This concern was raised by witnesses to this Committee, who said that the law on sexual assault in Canada contributes to the perpetuation of violence against women. Since 1980, it has been settled law in this country that an honest, unreasonable mistake as to non-consent could absolve an accused charged with sexual assault, as held by the Supreme Court of Canada in the *Pappajohn* case. Where an accused leads evidence that he was under a mistaken belief that a sexual act was consensual, the law allows him to use this as the basis for the defence that he did not commit the mental element of the offence. Witnesses before the Committee took the position that the defence of “mistake of fact”, related to the mistaken belief in consent, is unconstitutional and should not stand.

The participants in the criminal justice system, judges, defence lawyers and prosecutors, can be influenced by myths and stereotypes about female sexuality, including the view that violent behaviour is normal for a sexual encounter. For example, it was reported recently that a B.C. Superior Court judge, in acquitting a man of sexual assault, found that the complainant had not resisted strongly enough. The judge’s comments included: “No may mean maybe, or wait awhile”. (*Globe and Mail*, April 27, 1991)

The Committee believes that if the criminal law is to be used as a tool to protect the right of women to self-determination in sexual relationships, it must be interpreted and applied in a manner that excludes all defences based on attitudes, beliefs and norms that are inconsistent with that right. The court’s determination of the mental element of sexual assault offences should depend on the finding of consent on an objective standard. In other words, an unreasonable belief in consent should not be sufficient; the defence

should require that there be an honest and reasonable belief that the woman consented to the sexual act. Only when a woman consents to a sexual act explicitly and clearly is the validity of her consent established. Consent must have been voluntarily communicated before the act can be considered consensual.

RECOMMENDATION 21

The Committee recommends that Parliament repeal the defence of “mistake of fact” which relates to honest mistaken belief in consent in sexual assault cases, as was articulated in the *Pappajohn* case.

O. CUSTODY OF AND ACCESS TO CHILDREN IN DIVORCE CASES

Women who are affected by violence are often further harmed by inequality in the laws related to custody and access decisions in Canada. Some of these decisions are made under provincial family law legislation and the federal *Divorce Act* determines the rest. The *Divorce Act* requires that custody decisions be made on the basis of the best interests of the child. Parental conduct is relevant only to custody and access decisions where it adversely affects the emotional, psychological and spiritual welfare of the child. Judges do not direct their attention to aspects of parental conduct that are not seen as directly affecting the child.

Decisions about custody and access are not based on the needs or best interests of parents. The standard “best interests of the child” test is the one which is applied. The test is made up of assumptions that may not always reflect reality. For example, it is routinely assumed that it is in the best interests of all children to have maximum contact with both parents. Where one parent is the instigator of repeated violent incidents, this may not be true. Also, it is assumed that future promises are more important than past history, an assumption that often underlies a court’s unwillingness to base a decision to deny custody or restrict access on a history of violence.

In cases where domestic violence has occurred, courts may make custody and access decisions without considering the father’s assaults on the mother a factor. The fact that the father has assaulted the mother is considered not relevant in determining his parenting skills or ability, whether the issue at stake is custody or access. Lawyers advise their clients as a matter of course that allegations of wife assault will not be persuasive in disputes about custody or access, thus discouraging women from raising the issue of violence in custody litigation. In cases where these issues are raised, they are not accepted as determinative of the best interests of the children. For women who have

been assaulted by their partners, however, the violence continues to be a paramount issue in deciding what custody and access arrangement they feel will best meet their children's needs.

As the Committee heard from witnesses, sexual assault and other forms of violence against mothers and children have a tremendous impact on the well-being of children. The Committee was told of evidence suggesting that children who see wife assault and child abuse are likely to grow up to be batterers, if they are male, or battered, if female, as a result of exposure to violence within their own homes. The Committee is concerned that this pattern not continue. Men who batter their wives or children should not be afforded the same rights to custody of and access to their children as men who are not violent.

RECOMMENDATION 22

The Committee recommends that the *Divorce Act* be amended to ensure that violence against women or children, including wife assault, sexual abuse and sexual assault, are factors to be considered in the determination of the custody of and access to children.

P. GUN CONTROL

The Committee has explored the many dimensions of violence against women, including gun-related crimes against women. Women are more often victims than perpetrators of attacks with guns. The Committee was told that access to guns is a major public health hazard. Witnesses indicated that 80% of Canadians want tougher gun control laws. The costs of permitting the presence of guns in our society were also highlighted in statistics provided by Wendy Cukier, of Canadians for Gun Control. In 1987, 1,300 people were killed with guns in Canada; of these deaths, 200 were homicides, 22 accidental shootings, and over 1,000 were suicides. In addition, about 1,300 people were injured with guns. Firearms are used in over 30% of homicides in Canada (11:11-13).

Women are one-third of all firearms homicide victims. Women, on the other hand, are only 5% of the perpetrators of these crimes. These facts make the issue of gun control particularly germane to the study of violence against women, and legislative responses to it. It is apparent to this Committee that the presence of guns in our homes and communities puts women and children at risk.

Nor do guns afford any significant measure of protection. Wendy Cukier told the Committee of a study published in the *New England Journal of Medicine*, which showed that for every case of a self-protection killing, there are 1.3 case of accidental shootings, where a family member is killed instead of an intruder; 4.6 criminal homicides, where someone is killed without justification; and 37 suicides involving firearms (11:13).

The Committee heard from Heidi Rathjen, also of Canadians for Gun Control, who spoke on behalf of the students of l'École polytechnique about the events of 6 December 1989, when Marc Lépine shot 27 people within 20 minutes with a semi-automatic, killing 14 young women. This event mobilized many of the students of the Polytechnique to work for more effective gun controls because of their reaction to the devastation caused by this single assailant. The students see gun control as one of many changes needed to prevent such a tragedy from being repeated. The students acknowledge that there were other causes of the massacre, including misogyny and other aspects of Canadian culture, and even though they, like a number of other witnesses, do not believe gun control alone is the solution, they set out to fight one specific factor which had contributed to the tragedy: the availability of guns.

The Committee was disturbed by the information given about the effects of the presence of guns in Canadian communities. Law enforcement authorities do not have access to reliable information about the numbers and locations of most guns, because there is no registration system for non-restricted weapons in Canada. In many respects, guns are too easily acquired; 16-year olds can obtain firearms acquisition certificates without parental knowledge or consent. Accidents with guns kill children as well as adults. Wendy Cukier described an accident in Consort, Alberta, where an eight-year-old was shot in the face and killed with a .44 Magnum while shooting with his stepfather at a gun club. In Wakefield, Québec, recently, another eight-year-old was shot by his friend when they were playing.

Witnesses before this Committee recognized that hunters and target shooters have a real interest in access to guns and therefore in their recommendations made exceptions for these two classes of legitimate gun users. They did not, however, recognize any compelling interest of gun collectors. This Committee agrees that the views of those whose security is undermined by guns should be given greater weight than the views of gun owners. As Wendy Cukier said, "I do not believe owning a gun makes you an expert in violence any more than having a disease makes you a physician" (11:10). The Committee believes that the presence of guns in our communities presents a safety risk to all Canadians, regardless of the non-violent intentions of individual gun-owners.

The Committee concurs with many of the witnesses that gun control is not the central issue in violence against women, although it is related. Rather it is one area where the federal government can legislate to improve the safety of all Canadians.

RECOMMENDATION 23

The Committee recommends that Parliament revisit the issue of gun control, and introduce legislation that will be stronger in the following specific ways: that gun ownership be reaffirmed as a privilege, and not as a right; that the privilege of gun ownership not be granted to persons who have been convicted of crimes against the person or other serious offences; that the minimum age for gun ownership be raised from 16 to 18 years; that semi-automatic weapons be made restricted weapons; that all weapons be required to be registered by type and serial number on the owner's Firearms Acquisitions Certificate (FAC); that a FAC be required for the purchase of ammunition; that a national data base of gun owners and guns be set up; that women and non-gun owners be included in the process of defining safe storage requirements for guns and that the safe storage requirements be enforced; that all assault weapons be removed from circulation; and that the necessary resources be allotted to each of these initiatives.

Q. TASK FORCE ON FAMILY VIOLENCE IN NATIVE COMMUNITIES

In their appearance before the Committee, representatives from the Native Women's Association of Canada spoke of the lack of services and appropriate responses within Native communities to meet the needs of women and their children who are physically, sexually, and emotionally abused. They pointed out that there is a dearth of emergency shelters and, as a result, women and children must leave their home and community to secure their personal safety. The victims are then doubly-victimized, as they are isolated and cut off from family support.

Further, police often will not lay charges after an assault has occurred unless the woman victim presses charges. Typically, in Native communities a woman lives with her husband and children in the home of her in-laws or parents. She is often dependent on her extended family for support and shelter and therefore reluctant to press charges. The criminal justice intervention preferred for abusive men over arrest and imprisonment is treatment and counselling. Programs of this nature, however, are lacking in Native communities.

Carol Wortman, of the New Brunswick Indian Women's Council, emphasized that within Native communities, violence against women affects all aboriginal people directly and indirectly. She put forward an aboriginal view of violence against women which sees family violence in the aboriginal context of the community. Ms. Wortman told the Committee: "The family is the centre of native culture. Children and elders, clans and the extended family are all part of the circle. We must bring abusers into the circle... The treatment of members of the family is the beginning of the healing of the society and culture" (4:81).

Ms. Wortman also described the type of intervention favoured by Natives. "The preferred approach to dealing with violence is to establish aboriginal lodges in the community for individuals, offenders and victims and family members, to work toward healing through the renewal of their spiritualism and customs" (4:83).

The Native Women's Association of Canada, through the Committee, recommended that the federal government set up a task force on family violence in aboriginal communities. Its mandate should be to present solutions that will empower communities to respond to aboriginal family violence and that take into consideration "the uniqueness of aboriginal family lifestyles and the traditional holistic approach to healing, both on and off reserve" (4:83).

The Committee recognizes that many of the issues and concerns expressed by the Native Women's Association of Canada are shared by all women victims of violence in this country. At the same time, the Committee supports the Association in its pursuit of effective solutions that are relevant to their community life, culture and traditions.

RECOMMENDATION 24

The Committee recommends that the federal government, in consultation with the Native Women's Association of Canada and other aboriginal women's organizations, establish a task force on family violence in aboriginal communities.

R. ROYAL COMMISSION ON VIOLENCE AGAINST WOMEN

There was an overwhelming amount of support from witnesses for the establishment of a royal commission on violence against women. In common they spoke of the need to reverse the invisibility of this violence in Canadian society and to work toward developing a mutual understanding of why women are the target of men's anger.

The Committee heard that despite the considerable research, money and effort that have gone into government initiated programs, legislation and services to combat violence against women, serious concerns remain with respect to service availability and

accessibility, responses by social service, health and criminal justice agencies and legislators, the level of the violence experienced by women, and the fear that circumscribes women's lives and limits their autonomy. These are not new areas of unmet need and concern. Indeed, one of the witnesses stated to the Committee that many of the recommendations included in her presentation were in fact the same recommendations she had made on behalf of her organization, the Ontario Association of Interval and Transition Houses Against abused Women, before a House of Commons committee studying wife battering nine years ago. She commented: "It is kind of scary to think that in nine years so little has happened" (5:78).

The reason why progress has not been made rests, in part, with the way in which violence against women has been officially conceptualized. Most government initiatives, and certainly the federal government's Family Violence initiative, launched in 1988 and renewed in 1991, have subsumed violence against women under the rubric "family violence". It was noted that the gender-neutral term "family violence" is exclusive in that it encompasses only one aspect of violence against women — that perpetrated within the context of the family. The Committee agrees with the witnesses that sexual assault, date rape, and sexual harassment are equally serious forms of violence against women that necessitate government response. Further, it was noted by Anne McGrath of the National Action Committee on the Status of Women that the labelling of violence against women as family violence does not name the victims of violence, who is committing the violence, and how the victims are victimized (2:13).

The President of the Canadian Advisory Council on the Status of Women described her thinking on this issue as follows:

"We...must say "violence against women", because if we say "family violence" it waters down the real thing. It is the women who are suffering the greatest violence... It is women who are suffering" (5:11).

This failure to name the problem has narrowed our understanding of how both women's economic, political and social inequality with men and social values and attitudes that condone the "controlling" of women are related to violence. And lacking such an understanding has militated against the development of multi-faceted, effective responses to violence against women. Witnesses stressed that a royal commission is required so that we, as a society, can examine how their status in society makes women vulnerable to violence and what changes are needed to enhance women's equality and reduce their vulnerability.

Patricia Marshall told the Committee:

“I think it [a royal commission] is the only answer right now. I think we have to improve our national understanding of what violence against women really is. We do not get it as a nation... We need a national understanding of the nature of violence, how women are sexually assaulted in their homes, in their workplaces, in their schools, in their churches, in their doctors’ offices, as well as by men behind bushes, the pervasiveness, the impact, the political and social and health costs that women are paying and we as a society are paying” (5:99).

While the support for the establishment of a royal commission was virtually unanimous, witnesses qualified this support in three ways. First, the Committee was told that it should not be a strategy that would preclude doing other things to reduce abuse of woman. Witnesses recalled examples of previous royal commissions that had been set up to stall government action on contentious issues. Second, a commission should not be a mechanism that would reduce or divert funds away from existing programs and services. Witnesses noted that community resources are already inadequate to meet the current demand for services and, that therefore, any erosion of those resources was unacceptable. Third, they stressed that a royal commission on violence against women must involve women’s groups, including front-line workers, in the planning and implementation stages. The broad mandate of the royal commission and the eventual recommendations for permanent solutions to violence against women envisioned would not be achieved, it was maintained, without the involvement of those who have an understanding of the problem and a commitment to its eradication.

As well, a number of witnesses were opposed to a royal commission that would engage in extensive research. They felt that the incidence of violence against women is well-documented and that one of the mandates of the royal commission should be to pull together and coordinate the information already contained in the numerous research reports. Any gaps in our knowledge identified through this process should then be the subject of focused research.

Representatives of front-line agencies expressed frustration about their negligible contact with colleagues across the country because of a lack of travel funds. The considerable expertise and good work that exists in communities in Canada and the innovative approaches being taken at the community level are fragmented and uncoordinated. As a result, there is duplication of both effective and ineffective programs. Witnesses felt that a royal commission could coordinate knowledge about services, funding, programs, training, protocol development and research findings and use existing agencies to develop solutions.

Witnesses called for an “action-oriented” royal commission, one that would develop an appropriate definition of violence, would make public the enormity of the problem of violence against women, and examine its endemic nature. Witnesses repeated that our

society needs a vehicle that signals that the government recognizes the great seriousness of the problem, brings the issue to public debate, and mobilizes public support for reforms that provide truly preventive action. They called for a royal commission that would travel across the country to hear women's voices, especially the voices of groups of women who have been under-represented such as aboriginal women, immigrant women, visible minority women, women with disabilities, elderly women, and rural women. Given the multi-faceted nature of the problem of violence against women and solutions to it, a broad mandate for a royal commission was recommended.

Lucille Panet-Raymond, a representative of the YWCA of Canada, made the following proposal to the Committee:

"The problem crosses all jurisdictional boundaries; so should the examination and eventual solutions. The mandate should be broad enough to examine the private and public faces of violence and call for changes to bring about equality for women, and equality which begins with adequate support services for women and children fleeing violence, equality which gives access to education and training and other resources if women are to become financially independent and not susceptible to control and domination" (4:70).

Witnesses emphasized that the outcome of the royal commission should be a national work plan that would recommend permanent ways of eradicating violence against women. For example, recommendations should identify laws in need of reform or abrogation, policies requiring review, gaps in education and reforms in criminal justice, health, education and social support services.

Finally, most of the witnesses stressed that the royal commission on violence against women should be composed of representatives of women's groups. However, most did not envision it as constituted only of women. An eloquent call for including both men and women on the royal commission on violence against women was made by Eunadie Johnson, President of the National Organization of Immigrant and Visible Minority Women of Canada:

"I want men to be part of it. I want them to hear; I want them to know; I want them to participate; I want them to have the commitment. I don't want women to constantly take the responsibility of violence against women. I want the whole House of Commons, every Parliamentarian, every politician, to be aware of the issue and to support any initiatives that will help eradicate violence against women... But women should control the committee (4:109).

The Committee endorses the recommendation of the many groups who appeared before it that a royal commission on violence against women should be established. The Committee is convinced that the issue must be put on the public agenda and its incidence and impact must be exposed in order that we, individually and societally, accept

responsibility for changing our passive acceptance of the present situation. The Committee does not believe that truly preventive action can or will be taken until a national understanding develops that violence against women is related to the unequal status of women in Canadian society and until responses are developed based on that understanding.

RECOMMENDATION 25

The Committee recommends that the federal government take a leadership role and work with women's groups across the country and with the provinces to establish a royal commission on violence against women.

The terms of reference for the Royal Commission should include:

- The composition of the Royal Commission should be predominantly women. Consideration for membership on the Commission should be given to immigrant women, visible minority women, aboriginal women, women representing equality-seeking groups, lesbian women, women of various ages from urban and rural communities in the various regions of Canada, women with disabilities, and women from English and French speaking communities.
- The members of the Royal Commission should have a demonstrated understanding of violence against women, an awareness of the relationship between victimization and their economic and social inequality, and a commitment to improving the status of women and, by extension, women's security and safety.
- The Royal Commission's mandate should include an examination of women's experiences of physical and sexual assault and sexual harassment. As well the Commission should examine the influences or causes of violence against women and the costs and effects of violence against women on women, children, the family and the community.
- The Royal Commission's mandate should also include an analysis of how government and non-government agencies, physical education and recreation organizations, institutions and programs respond to violence against women. The study should include the criminal justice system, the health, education and social service sectors, religious organizations, the media, the government.
- The Royal Commission should establish consultative bodies or task forces made up of representatives from community-based agencies and national organizations to examine services, prevention models, and educational

initiatives related to violence against women. The task forces should identify ways to coordinate the sharing of information about the approaches taken at the community and national level and recommend new or enhanced programs to promote economic and social gender equality and prevent violence against women.

- The Royal Commission should be established in a way that ensures women from a broad cross-section of Canadian society will be heard. The hearings should be accessible, informal, and sensitive. They should make allowance for *in camera* sessions, and provide translation, signing and transcribing. The Commission should travel to all regions of the country and conduct outreach to acquire the participation of victims of violence, front-line workers and other professionals and agents in the field. Ongoing, relevant research should be conducted to support the Commission and establish a solid qualitative and quantitative data base on the incidence of violence against women in Canada.

CONCLUSION

The evidence heard by the Committee over a five month period has led it to conclude that we, as a society, have no alternative but to work toward permanent, effective solutions to the endemic problem of violence against women. Sexual and physical assaults, threats, and murder are a terrifying and brutal reality for too many women. In spite of the good work and good will that exist across the country for enhancing the security and safety of women, violence against women has continued. As well, the phenomenon remains largely a women's problem of which there is minimal social awareness or support. This points to a requirement for innovative responses.

The Committee is convinced that security of the person is a fundamental human right that is denied to too many women in our society. The fact that women are the targets for men's violence is a tragic reflection of the unequal social and economic status of women in relation to men. It is the hope of the Committee that the recommendations in this report will help to redress the systemic forms of inequality that foster and legitimate violence against women.

APPENDIX

LIST OF WITNESSES

Sub-committee on the Status of Women Second Session of the Thirty-Fourth Parliament

ASSOCIATIONS AND WITNESSES	ISSUE No.	DATE
ADDICTION RESEARCH FOUNDATION Karen Goldenberg, Vice-President, Programs and Services Judith Groeneveld, Research Associate	9	March 13, 1991
ASSAULT PREVENTION CENTRE (MONTREAL) Patricia Bossy, Member David Singleton, Member Patricia Kearns, Member	13	April 15, 1991
ASSOCIATION FOR MEDIA LITERACY Judith Posner, Sociologist, York University	5	February 13, 1991
BRITISH COLUMBIA/YUKON SOCIETY OF TRANSITION HOUSES Eleanor Summer, Vice-President Bonnie McMackon, Vice-President	5	February 13, 1991
CANADIAN ADVISORY COUNCIL ON THE STATUS OF WOMEN Dr. Glenda P. Simms, president	5	February 13, 1991
CANADIAN ASSOCIATION OF SEXUAL ASSAULT CENTRES Lee Lakeman, Collective Member	4	February 12, 1991

ASSOCIATIONS AND WITNESSES	ISSUE N.	DATE
CANADIAN COUNCIL OF MUSLIM WOMEN Talat Muinddin, President	9	March 13, 1991
CANADIAN FEDERATION OF STUDENTS Catherine Remus, Government Relations Officer Sylvia Sioufi, Researcher	6	March 5, 1991
CANADIANS FOR GUN CONTROL Heidi Rathjen, Former Student, École polytechnique of Montreal Wendy Cukier, Professor, Ryerson Polytechnical Institute	11	March 20, 1991
CANADIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION Dr. Rhona Steinber, Chair	12	April 15, 1991
CANADIAN RESEARCH INSTITUTE FOR THE ADVANCEMENT OF WOMEN Dr. Jeri Wine, President Linda Clippingdale, Executive Director	12	April 15, 1991
CANADIAN TEACHERS' FEDERATION Kitty O'Callaghan, President Anne Wilson, President, Federation of Women Teachers' Association of Ontario Allan Bacon, Vice-President, Canadian Teachers' Federation Heather-Jane Robertson, Director, Professional Development Services Michael Côté, President, Ontario English Catholic Teachers' Association Horst Schweinbenz, Vice-President, Ontario Teachers' Federation Ken Taylor, President, Yukon Teachers' Association Rudy Schellenberg, President, Saskatchewan Teachers' Federation	4	February 12, 1991
CARLETON UNIVERSITY SCHOOL OF JOURNALISM Dr. Eileen Saunders, Associate Director	7	March 12, 1991

ASSOCIATIONS AND WITNESSES	ISSUE N.	DATE
FAMILY SERVICE ASSOCIATION OF METRO TORONTO Anna Nosko, Social Worker	12	April 15, 1991
HEALTH AND WELFARE CANADA Ian Green, Assistant Deputy Minister, Social Service Programs Branch Elaine Scott, Director, Family Violence Prevention Division Katherine Stewart, Senior Analyst	12	April 15, 1991
INUIT WOMEN'S ASSOCIATION (PAUKTUUTIT) Rosemarie Kuptana, Member of the Association Linda Archibald, Special Project Officer	4	February 12, 1991
JUSTICE FOR ABUSED WOMEN Christina Benson Maureen Brioux	9	March 13, 1991
LONDON ONTARIO FAMILY COURT CLINIC Peter Jaffe, Executive Director Deborah Reitzel, Research Coordinator Dr. Marlies Sudermann, Psychologist	5	February 13, 1991
METRO TORONTO ACTION COMMITTEE ON PUBLIC VIOLENCE AGAINST WOMEN AND CHILDREN (METRAC) Patricia Marshall, Executive Director	5	February 13, 1991
MINISTER RESPONSIBLE FOR THE STATUS OF WOMEN The Honourable Mary Collins	1	December 4, 1990
MONTREAL URBAN COMMUNITY POLICE DEPARTMENT John Kousik, Director	10	March 19, 1990

ASSOCIATIONS AND WITNESSES	ISSUE N.	DATE
NATIONAL ACTION COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN Judy Rebick, President Flora Fernandes, Co-Chair, Committee on Violence Against Women Anne McGrath, Vice-President, (NCA) and Co-Chair of the Committee on Violence Against Women	2	December 11, 1990
NATIONAL ASSOCIATION OF WOMEN AND THE LAW Nicole Tellier, Criminal Justice Working Group Judith Parrack, Criminal Justice Working Group	4	February 12, 1991
NATIONAL ASSOCIATIONS ACTIVE IN CRIMINAL JUSTICE Linda MacLeod, President Lorraine Berzins, Member	4	February 12, 1991
NATIONAL ORGANIZATION OF IMMIGRANT AND VISIBLE MINORITY WOMEN OF CANADA Eunadie Johnson, President	4	February 12, 1991
NATIVE WOMEN'S ASSOCIATION OF CANADA Rose-Ann Morris, Director Carol Wortman, New Brunswick Indian Women's Council Marlene Pierre, Ontario Native Women's Association	4	February 12, 1991
NEPEAN POLICE FORCE David Ashton, Officer in charge, Victim Crisis Services Gillian Mercer, Crisis Intervention Coordinator	8	March 13, 1991
NEW BRUNSWICK COALITION OF TRANSITION HOUSES AND EMERGENCY SHELTERS FOR ABUSED WOMEN Sister Cécile Renault, President Simone Harris, Coordinator	5	February 13, 1991

ASSOCIATIONS AND WITNESSES	ISSUE N.	DATE
ONTARIO ASSOCIATION OF INTERVAL AND TRANSITION HOUSES Trudy Don, Executive Director Shirley Gladstone, Placement Student	5	February 13, 1991
OTTAWA-CARLETON REGIONAL COORDINATING COMMITTEE ON WIFE ASSAULT SOCIAL PLANNING COUNCIL Joan Gullen, Family Service Centre Lori Pope, University of Ottawa Legal Services Ann Sharp, Nelson House John MacDonald, New Directions Maria Shen, Boardmember of Immigrant and Visible Minority Women Against Abuse	13	April 15, 1991
PROVINCIAL ASSOCIATION OF TRANSITION HOUSES IN SASKATCHEWAN Gene Krawetz, Chairperson	5	February 13, 1991
REGROUPEMENT DES CLSC DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN Michelle Doyon, Coordinator	10	March 19, 1991
REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES CALACS Diane Lemieux, Coordinator Christine Pruneau, Intervener	13	April 15, 1991
SECRETARY OF STATE Catherine Lane, Assistant Under Secretary of State Denise Boudrias, Director, Women's Program	3	December 18, 1990
SOUTH ASIAN FAMILY SUPPORT SERVICES Aruna Papp	9	March 13, 1991
STATUS OF WOMEN CANADA Kay Stanley, Coordinator	1	December 4, 1990

ASSOCIATIONS AND WITNESSES	ISSUE N.	DATE
WOMEN'S LEGAL EDUCATION AND ACTION FUND Sheila McIntyre, Member, National Legal Committee Helena Orton, Director of Litigation Shela M'Gonigle, Member, Executive Committee and Chair of the Ottawa LEAF Chapter	4	February 12, 1991
YOUNG WOMEN'S CHRISTIAN ASSOCIATION OF CANADA (YWCA) Judith Wiley, Acting Chief Executive Officer Marlene Bertrand, Director, Osborne House, Winnipeg Joyce Emerson, Ajax-Pickering Shelter for Abused Women Bluma Teram, YWCA-Kitchener-Waterloo Lucille Panet-Raymond, National Board Member	4	February 12, 1991

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Your Committee requests that the Government respond within 90 days to this report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings and Evidence (*Issue No. 3 which includes this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

BARBARA GREENE
Chair

MINUTES OF PROCEEDINGS

THURSDAY, JUNE 6, 1991

(1)

[Text]

The Sub-committee on the Status of Women of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met at 12:08 o'clock p.m., in Room 269 West Block, for the purpose of electing a Chair pursuant to Standing Orders 106(1) and (2).

Members of the Sub-committee present: Edna Anderson, Dawn Black, Mary Clancy and Barbara Greene.

Acting Member present: Louise Feltham for Pierrette Venne.

In attendance: From the Library of Parliament: Patricia Bégin and Kristen Douglas, Research Officers.

The Clerk of the Sub-committee presided over the election of a Chair.

On motion of Mary Clancy, seconded by Dawn Black, it was agreed,—That Barbara Greene do take the Chair of this Sub-committee.

Accordingly, Barbara Greene was declared duly elected and took the Chair.

On motion of Dawn Black, it was agreed,—That the Sub-committee print 550 copies of its Minutes of Proceedings and Evidence, as established by the Board of Internal Economy.

On motion of Mary Clancy, it was agreed,—That the Chair be authorized to hold meetings to receive and authorize the printing of evidence when a quorum is not present provided that a Member of the Opposition is present.

On motion of Dawn Black, it was agreed,—That the Terms of Reference and Workplan agreed to on December 4, 1990 be adopted.

On motion of Louise Feltham, it was agreed,—That the Sub-committee continue to sit *in camera*.

The Sub-committee commenced consideration of a draft report on violence against women.

At 1:40 o'clock p.m., the Sub-committee adjourned to the call of the Chair.

THURSDAY, JUNE 13, 1991

(2)

The Sub-committee on the Status of Women of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met in camera at 11:35 o'clock a.m., in Room 208 West Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Sub-committee present: Edna Anderson, Mary Clancy, Barbara Greene and Pierrette Venne.

Acting Member present: Jim Karpoff for Dawn Black.

In attendance: From the Library of Parliament: Patricia Bégin and Kristen Douglas, Research Officers.

The Sub-committee resumed consideration of its draft report on violence against women.

At 12:05 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

MONDAY, JUNE 17, 1991

(3)

The Sub-committee on the Status of Women of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met in camera at 1:10 o'clock p.m., in Room 112-N, Centre Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Sub-committee present: Dawn Black, Mary Clancy, Barbara Greene and Pierrette Venne.

In attendance: From the Library of Parliament: Patricia Bégin and Kristen Douglas, Research Officers.

The Sub-committee resumed consideration of its draft report on violence against women.

It was agreed,—That the draft report, as amended, be adopted as the Sub-committee's First Report and that the Chair be authorized to present the report to the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women.

At 1:35 o'clock p.m., the Sub-committee adjourned to the call of the Chair.

Christine Fisher
Clerk of the Sub-committee

MINUTES OF PROCEEDINGS

TUESDAY, JUNE 11, 1991

(3)

[Text]

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 10:10 o'clock a.m., this day, in Room 237-C, Centre Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Rey Pagtakhan, Bobbie Sparrow and Stan Wilbee.

Acting Member present: Chris Axworthy for Jim Karpoff.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Joan Vance, Research Officers.

The Committee considered its future business.

On motion of Stan Wilbee, it was agreed,—That, pursuant to Standing Order 108(1), a Sub-committee of the Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women, composed of three (3) to five (5) members, with membership to be determined by the Chair after the usual consultations, be established with all the powers of the Committee except the power to report to the House; and that, pursuant to Standing Order 108(2), the said Sub-committee to examine various aspects of Health Issues in Canada and report its conclusions and recommendations to the Committee.

It was agreed,—That, the question of the sequence and amount of time allotted to questions at committee meetings was postponed for future consideration.

At 10:55 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

TUESDAY, JUNE 18, 1991

(4)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 9:45 o'clock a.m., this day, in Room 237-C, Centre Block, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Barbara Greene, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan, Bobbie Sparrow and Stan Wilbee.

Acting Member present: Mary Clancy for David Walker.

Other Member present: John Cole.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore, Joan Vance, Patricia Bégin and Kristen Douglas, Research Officers. From the Committees Directorate: Christine Fisher, Procedural Clerk.

The Committee commenced consideration of the draft report of the Sub-committee on the Status of Women.

The Committee considered the individual recommendations.

At 10:50 o'clock a.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

AFTERNOON SITTING

(5)

The Standing Committee on Health and Welfare, Social Affairs, Seniors and the Status of Women met *in camera* at 4:05 o'clock p.m., this day, in Room 705, La Promenade Building, the Chair, Barbara Greene, presiding.

Members of the Committee present: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoff, Bobbie Sparrow and Stan Wilbee.

Acting Member present: Mary Clancy for David Walker.

Other Members present: Dawn Black and Pierrette Venne.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore, Joan Vance, Patricia Bégin and Kristen Douglas, Research Officers. From the Committees Directorate: Christine Fisher, Procedural Clerk.

The Committee resumed consideration of the draft report of the Sub-committee on the Status of Women.

Barbara Sparrow moved,—That, the Committee ask the Chair to present the First Report of the Sub-committee on the Status of Women as the First Report of the Standing Committee to the House of Commons.

The question being put on the motion, it was agreed to.

On motion of Jim Karpoff, it was agreed,—That, the Committee print 5,000 copies of the report with a special cover.

On motion of Jim Karpoff, it was agreed,—That, the Committee request the government to table a comprehensive response to the report within 90 days.

At 4:40 o'clock p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Nino A. Travella
Clerk of the Committee

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Joan Vance, Patricia Bégin et Kristen Douglas, attachées de recherche. De la Direction des comités: Christine Fisher, greffière à la procédure.

Le Comité examine le projet de rapport du Sous-comité de la condition féminine.

Le Comité passe en revue chaque recommandation.

À 10 h 50, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

SEANCE DE L'APRÈS-MIDI (5)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 16 h 05, dans la salle 705 de l'immeuble La Promenade, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Jim Karpoft, Bobbie Sparrow et Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: Mary Clancy remplace David Walker.

Autres députés présents: Dawn Black et Pierrette Venne.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore, Joan Vance, Patricia Bégin et Kristen Douglas, attachées de recherche. De la Direction des comités: Christine Fisher, greffière à la procédure.

Le Comité poursuit l'examen du projet de rapport du Sous-comité de la condition féminine.

Barbara Sparrow propose,—Que le Comité demande à la présidente de présenter à la Chambre des communes le premier rapport du Sous-comité de la condition féminine à titre de Premier rapport du Comité permanent.

La motion est mise aux voix et adoptée.

Sur motion de Jim Karpoft, il est convenu,—Que le Comité fasse imprimer 5 000 exemplaires du rapport, avec couverture spéciale.

Sur motion de Jim Karpoft, il est convenu,—Que le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale dans les 90 jours.

À 16 h 40, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

Le greffier du Comité

Nino A. Travella

LE MARDI 11 JUIN 1991
(3)

[Traduction]

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 10 h 10, dans la salle 237-C de l'édifice du Centre, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jean-Luc Joncas, Rey Pagtakhan, Bobbie Sparrow et Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: Chris Axworthy remplace Jim Karpoff.

Aussi présentes: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Joan Vance, attachées de recherche.

Le Comité examine ses travaux à venir.

Sur motion de Stan Wilbee, il est convenu, —Que conformément à l'article 108(1) du Règlement, que soit constitué un sous-comité du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine, comprenant de trois à cinq membres nommés par le président après les consultations d'usage, et qu'il ait tous les pouvoirs du Comité sauf celui de faire rapport à la Chambre; qu'en application de l'article 108(2) du Règlement, le sous-comité examine certains aspects des questions de santé au Canada et présente ses conclusions et recommandations au Comité.

Il est convenu, —Que la question de l'attribution du temps lors de l'interrogation des témoins, soit reportée pour examen.

À 10 h 55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

LE MARDI 18 JUIN 1991
(4)

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 9 h 45, dans la salle 237-C de l'édifice du Centre, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Comité présents: Edna Anderson, Barbara Greene, Jim Karpoff, Rey Pagtakhan, Bobbie Sparrow et Stan Wilbee.

Membre suppléant présent: Mary Clancy remplace David Walker.

Autre député présent: John Cole.

Membres du Sous-comité présents: Edna Anderson, Mary Clancy, Barbara Greene et Pierrette Venne.

Membre suppléant présent: Jim Karpoff remplace Dawn Black.

Aussi présentes: De la Bibliothèque du Parlement: Patricia Bégin et Kristen Douglas, attachées de recherche.

Le Sous-comité poursuit l'étude du projet de rapport sur la violence faite aux femmes.

À 12 h 05, le Comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

LE LUNDI 17 JUIN 1991
(3)

Le Sous-comité de la condition féminine du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 13 h 10, à la pièce 112-N de l'édifice du Centre, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

Membres du Sous-comité présents: Dawn Black, Mary Clancy, Barbara Greene et Pierrette Venne.

Aussi présents: De la Bibliothèque du Parlement: Patricia Bégin et Kristen Douglas, attachées de recherche.

Le Sous-comité poursuit l'étude du projet de rapport sur la violence faite aux femmes.

Il est convenu, —Que le projet de rapport, tel que modifié, soit adopté en tant que premier rapport du Sous-comité et que la présidence soit autorisée à présenter le rapport au Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine.

À 13 h 35, le Sous-comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

LE JEUDI 6 JUIN 1991 (1)

[Traduction]

Le Sous-comité de la condition féminine du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à 12 h 08, à la pièce 269 de l'édifice de l'Ouest, en vue d'élire un président conformément aux articles 106(1) et (2) du Règlement.

Membres du Sous-comité présents: Edna Anderson, Dawn Black, Mary Clancy et Barbara Greene.

Membre suppléant présent: Louise Feltham remplace Pierrette Venne.

Aussi présentes: De la Bibliothèque du Parlement: Patricia Bégin et Kristen Douglas, attachées de recherche.

Le greffier du Comité préside à l'élection du président.

Sur la motion de Mary Clancy, appuyée par Dawn Black, il est convenu, —Que Barbara Greene occupe la présidence du Sous-comité.

Par conséquent, Barbara Greene est déclarée dûment élue et occupe le fauteuil.

Sur la motion de Dawn Black, il est convenu, —Que le Sous-comité fasse imprimer 550 exemplaires de ses Procès-verbaux et témoignages, conformément à la directive du Bureau de régie interne.

Sur la motion de Mary Clancy, il est convenu, —Que la présidente soit autorisée à tenir des séances pour recevoir des témoignages et à en autoriser l'impression lorsqu'il n'y a pas quorum, à condition qu'un député de l'opposition soit présent.

Sur la motion de Dawn Black, il est convenu, —Que le mandat et le plan de travail agréés le 4 décembre 1990 soient adoptés.

Sur la motion de Louise Feltham, il est convenu, —Que le Sous-comité poursuive à huis clos.

Le Sous-comité entame l'étude d'un projet de rapport sur la violence faite aux femmes.

À 13 h 40, le Sous-comité suspend la séance jusqu'à nouvelle convocation de la présidente.

LE JEUDI 13 JUIN 1991 (2)

Le Sous-comité de la condition féminine du Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine se réunit à huis clos à 11 h 35, à la pièce 208 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Barbara Greene (*présidente*).

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale d'ici 90 jours. Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinents (*fascicule n° 3 qui comprend le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Présidence,

BARBARA GREENE

ASSOCIATIONS ET TÉMOINS	N° DE FASCICULE	DATE
REGROUPEMENT DES CLSC DU MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN	10	19 mars 1991
REGROUPEMENT QUÉBÉCOIS DES CALACS	13	15 avril 1991
Diane Lemieux, coordonnatrice Christine Pruneau, intervenante		
SECRÉTARIAT D'ÉTAT	3	8 décembre 1990
Catherine Lane, sous-secrétaire d'Etat adjointe Denise Boudrias, directrice, Programme de promotion de la femme		
SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE	12	15 avril 1991
Rhona Steinberg, présidente		
SOUTH-ASIAN FAMILY SUPPORT SERVICES	9	13 mars 1991
Aruna Papp		
SÛRETÉ DE NEPEAN	8	13 mars 1991
David Ashton, agent responsable, Services d'urgence à l'intention des victimes Gillian Mercer, coordonnatrice des interventions d'urgence		
YOUNG WOMEN'S CHRISTIAN ASSOCIATION OF CANADA (YWCA)	4	12 février 1991
Judith Willey, chef intérimaire de la direction Marlene Bertrand, directrice, Maison Osborne, Winnipeg Joyce Emerson, Maison d'hébergement pour femmes et enfants, Ajax-Pickering Bluma Teram, YWCA, Kitchener-Waterloo Lucille Panet-Raymond, membre du Conseil national		

ASSOCIATIONS ET TÉMOINS	N° DE FASCICULE	DATE
LONDON FAMILY COURT CLINIC INC. Peter Jaffe, directeur exécutif Deborah Reitzel, coordonnatrice de recherche Marlies Sudermann, psychologue	5	13 février 1991
METRO TORONTO ACTION COMMITTEE ON PUBLIC VIOLENCE AGAINST WOMEN AND CHILDREN (METRAC) Patricia Marshall, directrice exécutive	5	13 février 1991
MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL Ian Green, sous-ministre adjoint, Programmes de service social Elaine Scott, directrice, Prévention de la violence familiale Katherine Stewart, analyste principale	1	4 décembre 1990
MINISTRE RESPONSABLE DE LA SITUATION DE LA FEMME L'honorable Mary Collins	1	4 décembre 1990
NATIONAL ORGANIZATION OF IMMIGRANT AND VISIBLE MINORITY WOMEN OF CANADA Eunadie Johnson, présidente	4	12 février 1991
ONTARIO ASSOCIATION OF INTERNAL AND TRANSITION HOUSES Trudy Don, directrice exécutive Shirley Gladstone, stagiaire	5	13 février 1991
POLICE DE LA COMMUNAUTÉ URBAINE DE MONTREAL John Kousik, directeur	10	19 mars 1991
PROVINCIAL ASSOCIATION OF TRANSITION HOUSES IN SASKATCHEWAN Gene Krawetz, présidente	5	13 février 1991

ASSOCIATIONS ET TÉMOINS	N° DE FASCICULE	DATE
-------------------------	-----------------	------

FÉDÉRATION CANADIENNE DES ENSEIGNANTS ET DES ENSEIGNANTES 4 12 février 1991

Kitty O'Callaghan, présidente
 Anne Wilson, présidente, Fédération des associations d'enseignantes de l'Ontario
 Allan Bacon, vice-président, Canadian Teachers' Federation
 Heather-Jane Robertson, directrice, Services de développement professionnel
 Michael Côté, président, Ontario English Catholic Teachers' Association
 Horst Schweinbenz, vice-président, Fédération des enseignantes et enseignants de l'Ontario
 Ken Taylor, président, Yukon Teachers' Association
 Rudy Schellenberg, président, Saskatchewan Teachers' Federation

FÉDÉRATION CANADIENNE DES ÉTUDIANTS 6 5 mars 1991

Catherine Remus, agente de relations gouvernementales
 Sylvia Sioufi, chercheuriste

FONDS D'ACTION ET D'ÉDUCATION JURIDIQUES POUR LES FEMMES 4 12 février 1991

Sheila McIntyre, membre, Comité juridique national
 Helena Orton, directrice, Contentieux
 Sheila M'Gonigle, membre du Comité exécutif et présidente, Section d'Ottawa

INSTITUT CANADIEN DE RECHERCHES SUR LES FEMMES 12 15 avril 1991

Jeri Wine, présidente
 Linda Clippindale, directrice exécutive

JUSTICE FOR ABUSED WOMEN 9 13 mars 1991

Christina Benson
 Maureen Brixoux

ASSOCIATIONS ET TÉMOINS	N° DE FASCICULE	DATE
COMITÉ CANADIEN D'ACTION SUR LE STATUT DE LA FEMME Judy Rebeck, présidente Flora Fernandes, coprésidente, Comité sur la violence faite aux femmes Anne McGrath, vice-présidente et coprésidente, Comité sur la violence faite aux femmes	2	11 décembre 1990
COMITÉ RÉGIONAL DE COORDINATION CONTRE LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES D'OTTAWA-CARLETON Joan Guillen, Family Service Centre Lori Pope, Services juridiques de l'Université d'Ottawa Ann Sharp, Maison Nelson John MacDonald, New Directions Maria Shen, membre du Conseil exécutif, Immigrant and Visible Minority Women Against Abuse	13	15 avril 1991
CONDITION FÉMININE CANADA Kay Stanley, coordonnatrice	1	4 décembre 1990
CONSEIL CONSULTATIF CANADIEN SUR LA SITUATION DE LA FEMME Glenda P. Simms, présidente	5	13 février 1991
ÉCOLE DE JOURNALISME DE L'UNIVERSITÉ CARLETON Mme Eileen Saunders, directrice associée	7	12 mars 1991
FAMILY SERVICE ASSOCIATION OF METRO TORONTO Anna Nosko, travailleuse sociale	12	15 avril 1991

ASSOCIATIONS ET TÉMOINS	N° DE FASCICULE	DATE
ASSOCIATION NATIONALE DE LA FEMME ET DU DROIT	4	12 février 1991
Nicole Tellier, Groupe de travail, Justice criminelle Judith Parrack, Groupe de travail, Justice criminelle		
ASSOCIATIONS NATIONALES INTÉRESSÉES À LA JUSTICE CRIMINELLE	4	12 février 1991
Linda MacLeod, présidente Lorraine Berzins, membre		
BRITISH COLUMBIA/YUKON SOCIETY OF TRANSITION HOUSES	5	13 février 1991
Eleanor Sumner, vice-présidente Bonnie McMackon, vice-présidente		
CANADIAN COUNCIL OF MUSLIM WOMEN	9	13 mars 1991
Talat Muinuddin, présidente		
CANADIANS FOR GUN CONTROL	11	26 mars 1991
Heidi Rathjen, ancienne étudiante, École polytechnique de Montréal Wendy Cukier, professeur, Ryerson Polytechnical Institute		
CENTRE DE PRÉVENTION DES AGRESSIONS DE MONTRÉAL	13	15 avril 1991
Patricia Bossy, membre David Singleton, membre Patricia Kearns, membre		
COALITION DES MAISONS DE TRANSITION ET DES REFUGES D'URGENCE POUR FEMMES BATTUES DU NOUVEAU-BRUNSWICK	5	13 février 1991
Soeur Cécile Renault, présidente Simone Harris, coordonnatrice		

LISTE DES TÉMOINS

Sous-comité sur la condition féminine Deuxième session de la trente-quatrième législature

ASSOCIATIONS ET TÉMOINS	N° DE FASCICULE	DATE
-------------------------	-----------------	------

ADDICTION RESEARCH FOUNDATION 9 13 mars 1991

Karen Goldenberg, vice-présidente, Programmes et services
Judith Groeneveld, associée de recherche

ASSOCIATION DES CENTRES CANADIENS CONTRE LE VIOL 4 12 février 1991

Lee Lakeman, membre du regroupement

ASSOCIATION DES FEMMES AUTOCHTONES DU CANADA 4 12 février 1991

Rose-Ann Morris, directrice
Carol Wortman, Conseil des femmes autochtones du Nouveau-Brunswick
Marlene Pierre, Association des femmes autochtones de l'Ontario

ASSOCIATION DES FEMMES INUIT (PAUKTUUTIT) 4 12 février 1991
Rosemarie Kuptana, membre de l'Association
Linda Archibald, agente de projets spéciaux

ASSOCIATION FOR MEDIA LITERACY 5 13 février 1991
Judith Posner, sociologue, Université York

Les témoignages que le Comité a reçus pendant cinq mois l'ont conduit à conclure que, en tant que société, il nous faut absolument trouver des solutions durables au problème trop répandu de la violence faite aux femmes. Les voies de fait, l'agression sexuelle, les menaces, le meurtre, voilà la réalité terrifiante et brutale pour trop de femmes. En dépit des efforts que l'on déploie partout au pays pour améliorer la sécurité des femmes, la violence contre les femmes continue. En outre, le phénomène reste largement un problème de femmes dont la société n'est guère au courant. Il faudra donc trouver des solutions inédites, des solutions novatrices.

Le Comité est convaincu que la sécurité de la personne est un droit humain fondamental qui est dénié à trop de femmes dans notre société. Le fait que les femmes sont la cible de la violence des hommes en dit long sur leur inégalité sociale et économique. Le Comité espère que les recommandations du présent rapport aideront à corriger les formes systémiques d'inégalité qui encouragent et légitiment la violence faite aux femmes.

communautaire et national et proposer des programmes visant à promouvoir l'égalité socio-économique des femmes et à prévenir la violence dont elles sont victimes.

— La commission royale devrait entendre le plus grand nombre possible de femmes de toutes les couches de la société canadienne. Les audiences de la commission devraient être accessibles et informelles et devraient tenir compte de la nature délicate de la question. Il faudrait prévoir la tenue de réunions à huis clos et fournir des services de traduction, d'interprétation gestuelle et de transcription. La commission devrait se rendre dans toutes les régions du pays et mettre à contribution les femmes victimes de violence, les organismes venant directement en aide aux femmes victimes de violence, ainsi que d'autres professionnels et spécialistes en la matière. Il faudrait étoffer les travaux de la commission de recherches pertinentes et soutenues afin d'établir une solide base de données, aussi bien sur le plan qualitatif que quantitatif, sur les répercussions de la violence faite aux femmes au Canada.

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de collaborer avec les groupes de femmes d'un océan à l'autre et avec les provinces à l'établissement d'une commission royale d'enquête sur la violence faite aux femmes.

Le mandat de la commission royale d'enquête devrait être le suivant :

- La commission royale devrait être essentiellement composée de femmes. Il faudrait envisager d'y nommer des immigrantes, des femmes appartenant à des minorités visibles, des femmes autochtones, des femmes représentant des groupes de promotion de l'égalité, des lesbiennes, des femmes de tout âge provenant de collectivités urbaines et rurales de tout le Canada, des femmes handicapées et des femmes des collectivités anglophone et francophone.
- Les membres de la commission royale devraient montrer qu'ils comprennent bien le problème de la violence faite aux femmes, qu'ils sont conscients des liens existant entre la violence faite aux femmes et l'inégalité socio-économique dont elles souffrent, et qu'ils s'engagent à améliorer la condition des femmes, de même que leur sécurité.

- La commission royale devrait notamment examiner les expériences vécues par les femmes victimes d'agressions physiques et sexuelles et de harcèlement sexuel. Elle devrait aussi analyser les causes à l'origine de la violence faite aux femmes, ainsi que les coûts et les répercussions de cette violence sur les femmes, les enfants, la famille et la collectivité.

- La commission royale devrait évaluer la façon dont le gouvernement, les organismes non gouvernementaux, les organismes de conditionnement physique et de loisir, de même que les institutions réagissent au problème de la violence faite aux femmes. Cette étude devrait porter notamment sur le système de justice pénale, les services de santé, d'éducation, les services sociaux, les organismes religieux, les médias et le gouvernement.

- La commission royale devrait mettre sur pied des organismes consultatifs ou des groupes d'étude composés de représentants de services communautaires et d'organisations nationales en vue d'examiner les services, les modèles de prévention et les mesures éducatives en rapport avec la violence faite aux femmes. Ces groupes devraient trouver des moyens de coordonner l'échange de renseignements sur les initiatives prises aux niveaux

Le Comité est d'accord avec les nombreux groupes qui recommandent de mettre sur pied une commission royale d'enquête sur la violence faite aux femmes. Il est convaincu qu'il faut mettre le problème à l'ordre du jour national et mettre en lumière son ampleur et ses répercussions de façon que, individuellement et collectivement, nous cessions de tolérer la situation actuelle. Le Comité ne croit pas qu'il se prendra des mesures vraiment préventives tant que le pays tout entier ne se rendra pas compte que la violence faite aux femmes est liée à leur inégalité dans la société canadienne et tant qu'on n'aura pas remédié à cette inégalité.

«Je veux que les hommes en fassent partie. Je veux qu'ils entendent, je veux qu'ils sachent, je veux qu'ils participent, je veux qu'ils s'engagent. Je veux qu'on cesse de s'en remettre aux femmes du soin de résoudre le problème de la violence qui leur est faite. Je veux que toute la Chambre des communes, que chaque parlementaire, chaque politicien soit conscient du problème et appuie toute initiative qui pourra aider à éliminer la violence faite aux femmes. . . .

Mais les femmes devraient en avoir la direction» (4:109).

Enfin, si la plupart des témoins insistent pour que la commission soit composée de représentantes des groupes de femmes, la plupart n'ont pas d'objections à ce qu'elle compte des hommes parmi ses membres. Eunadie Johnson, présidente de l'Organisation nationale des femmes immigrantes et des femmes appartenant à une minorité visible du Canada, a lancé un vibrant appel en faveur de la présence tant de femmes que d'hommes au sein de la commission royale d'enquête sur la violence faite aux femmes :

Des témoins ont souligné que la commission d'enquête devait déboucher sur un plan national de lutte contre la violence faite aux femmes. Il faudrait que, dans ses recommandations, elle indique, entre autres, les lois qu'il faut modifier ou abroger, les réformes à opérer dans le système de justice pénale, le système d'éducation, les services de santé et les services de soutien social.

«Comme la violence faite aux femmes intéresse tous les niveaux de gouvernement, il faudrait que l'examen du problème et la recherche des solutions se fassent globalement. Le mandat devrait être suffisamment large pour permettre à la commission d'étudier les aspects privés et publics de la violence et de recommander des changements propres à réaliser l'égalité de statut des femmes, égalité qui implique qu'on offre des services de soutien suffisants aux femmes et aux enfants qui veulent échapper à la violence, égalité qui implique qu'on donne aux femmes accès à l'éducation, à la formation et aux autres ressources pour qu'elles deviennent enfin financièrement autonomes et échappent au contrôle et à la domination» (4:70).

aux femmes victimes de violence, à l'étape de la planification et de la mise en oeuvre. On soutient que la commission d'enquête ne parviendra pas à couvrir l'ensemble du dossier et à recommander des solutions permanentes au problème de la violence faite aux femmes si elle ne fait pas appel à ceux qui comprennent le problème et qui sont voués à son élimination.

Par ailleurs, certains témoins s'opposent à une commission royale d'enquête qui se livrerait à de vastes recherches. Ils estiment que la violence faite aux femmes est bien documentée et que l'une des fonctions de la commission serait de compiler et de coordonner les renseignements contenus dans les nombreux rapports de recherche. La commission ne procéderait à des recherches que pour combler les lacunes de la documentation existante.

Les responsables d'organismes d'aide aux femmes victimes de violence se disent frustrés par le peu de contact qu'ils ont entre eux à l'échelle nationale faute d'argent pour se déplacer. Il se fait ici et là du bon travail, mais les connaissances acquises et les solutions mises en oeuvre sont fragmentées faute de coordination et de mise en commun. Il en résulte un doublement des programmes, aussi bien ceux qui sont efficaces que ceux qui ne le sont pas. Des témoins estiment qu'une commission d'enquête pourrait se charger de coordonner les renseignements sur les services, les subventions, les programmes, la formation, l'élaboration de protocoles d'entente et les résultats de recherche qu'elle a s'en remettre aux organismes existants pour trouver des solutions.

On réclame une commission royale d'enquête qui soit tournée vers l'action, qui établisse une définition de la violence faite aux femmes, qui rende publique l'énormité du problème et qui examine jusqu'à quel point il est répandu. Les témoins n'ont cessé de répéter que notre société a besoin d'une entité qui montre que le gouvernement reconnaît la gravité du problème, qui suscite un débat public autour du problème et qui mobilise l'opinion publique en faveur de réformes véritablement axées sur la prévention. Ils veulent une commission d'enquête qui se déplace partout au pays pour entendre les femmes, notamment celles qui sont sous-représentées (autochtones, immigrantes, membres des minorités visibles, femmes handicapées, femmes âgées et femmes des campagnes). Étant donné la multidimensionnalité du problème de la violence faite aux femmes et des moyens de le combattre, il est recommandé de conférer à la commission royale d'enquête un large mandat.

Lucille Panet-Raymond, représentante de la YWCA du Canada, a fait la proposition suivante au Comité :

L'appel à l'établissement d'une commission royale d'enquête est à peu près unanime, mais non sans réserves. Premièrement, il ne doit pas s'agir d'une stratégie qui dispense de lutter sur d'autres fronts contre la violence faite aux femmes. Des témoins ont rappelé que les commissions d'enquête servent souvent au gouvernement de prétexte à ne pas agir. Deuxièmement, la commission ne doit pas avoir pour effet de réduire ou de détourner les fonds consentis aux programmes et aux services existants. Des témoins ont noté que les ressources communautaires ne suffisent déjà pas à répondre à la demande de service et que, par conséquent, toute diminution de ces ressources est inacceptable. Troisièmement, on insiste pour que la commission d'enquête mette à contribution les groupes de femmes, y compris les organismes d'aide

«C'est [la commission royale d'enquête] la seule solution pour le moment. Nous devons faire mieux comprendre à la population ce qu'est en réalité la violence faite aux femmes. On ne mesure pas l'ampleur du problème . . . Il faut que la population comprenne la nature de cette violence; il faut qu'elle comprenne que les femmes se font agresser chez elles, au travail, à l'école, à l'église, dans le cabinet de leur médecin ainsi que derrière les buissons; que le problème est omniprésent; qu'il a de lourdes conséquences sur les plans politique, social et médical; que ce sont les femmes qui paient et que c'est aussi la société qui paie» (5:99).

Patricia Marshall a dit au Comité :

Ce problème de terminologie nous empêche de voir que la violence a sa source dans l'inégalité économique, politique et sociale des femmes ainsi que dans la tolérance de la société à l'égard de ceux qui les «mettent à leur place». Et c'est cette incompréhension qui nous empêche de trouver des solutions efficaces et multidimensionnelles au problème. Selon les témoins, il faut établir une commission d'enquête pour voir comment le statut social des femmes les rend vulnérables à la violence et quels changements s'imposent pour mieux assurer leur égalité et réduire leur vulnérabilité.

«Nous devons parler de «violence faite aux femmes» parce que «violence familiale» ne fait qu'escamoter la réalité. Ce sont les femmes qui souffrent le plus de la violence . . . Ce sont les femmes qui subissent les mauvais traitements» (5:11).

ainsi son point de vue sur la question :

La présidente du Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme a exprimé

nature des sévices infligés aux victimes (2:13).

La présidente du Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme a exprimé la nature des sévices infligés aux victimes de la violence, les auteurs de la violence et la sur le statut de la femme, le fait d'englober la violence faite aux femmes dans la violence sévir. En outre, comme l'a fait remarquer Anne McGrath, du Comité canadien d'action harcélement sexuel sont aussi des formes graves de violence contre lesquelles l'État doit convenir avec les témoins que l'agression sexuelle, le viol par une connaissance et le

Le Comité reconnaît que bon nombre des préoccupations de l'Association des femmes autochtones du Canada sont partagées par toutes les femmes victimes de violence. Par ailleurs, il appuie l'Association dans sa recherche de solutions qui soient adaptées à la vie communautaire, à la culture et aux traditions autochtones.

RECOMMANDATION 24

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral établisse, en consultation avec l'Association des femmes autochtones du Canada et d'autres organisations de femmes autochtones, un groupe de travail sur la violence familiale dans les collectivités autochtones.

R. COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

L'immense majorité des témoins se sont prononcés en faveur de l'établissement d'une commission royale d'enquête sur la violence faite aux femmes. Selon eux, il faut faire sortir de l'ombre cette violence si répandue dans la société canadienne et travailler ensemble à mieux comprendre pourquoi les femmes sont la cible de la colère des hommes.

Le Comité a appris que, en dépit des recherches, des crédits et des efforts que le gouvernement a consacrés à la lutte contre la violence faite aux femmes, de sérieux problèmes subsistent. Les lois ne sont pas toujours adéquates, ni les programmes et les services toujours efficaces ou accessibles. Les interventions des services sociaux, des services de santé et du système de justice pénale laissent encore à désirer. Les femmes continuent de faire face à beaucoup de violence, ce qui place leur vie sous le signe de la peur et limite leur autonomie. Et ce n'est pourtant pas d'hier qu'on s'attaque au problème. Un représentant de l'*Ontario Association of Interval and Transition Houses Against Abused Women* a déclaré au Comité qu'il avait déjà formulé bon nombre de ses recommandations devant un comité de la Chambre des communes qui s'est penché sur le problème des femmes battues il y a neuf ans. Et d'ajouter : «Il est effrayant de voir le peu de progrès qu'on a réalisé au cours de ces neuf ans» (5:78).

S'il n'y a pas eu progrès, c'est, en partie, à cause d'un problème de terminologie. La plupart des initiatives gouvernementales et, en tout cas, l'initiative en matière de violence familiale que le gouvernement fédéral a lancée en 1988 et renouvelée en 1991 englobent la violence faite aux femmes sous la rubrique «violence familiale». Or, fait-on remarquer, la neutralité du terme «violence familiale» ne fait ressortir qu'une dimension de la violence faite aux femmes, celle qu'elles subissent dans le contexte de leur famille. Le Comité

Les représentantes de l'Association des femmes autochtones du Canada ont parlé au Comité du manque, dans les collectivités autochtones, de programmes et de services qui répondent aux besoins des femmes et des enfants victimes d'exploitation physique, sexuelle et émotive. Elles ont fait remarquer qu'il y a une pénurie de logements de secours, d'où la nécessité où se trouvent les femmes et leurs enfants de quitter leur foyer et leur collectivité pour assurer leur sécurité. Les victimes sont donc doublement lésées étant donné qu'elles sont privées du soutien de leur famille.

En outre, il arrive souvent que la police ne porte pas d'accusation contre un agresseur à moins que la victime ne porte plainte. Le plus souvent, dans une collectivité autochtone, la femme vit avec son mari et ses enfants chez ses parents ou ses beaux-parents. Elle dépend souvent de sa famille élargie pour sa subsistance et son logement, ce qui fait qu'elle hésite à exiger la mise en accusation. La justice préfère intervenir contre les hommes violents en leur ordonnant de suivre un programme d'orientation et de traitement plutôt que de les arrêter et de les mettre en prison.

Dans son témoignage, Carol Wortman, du Conseil des femmes autochtones du Nouveau-Brunswick, a fait remarquer que, dans les collectivités autochtones, la violence faite aux femmes a des répercussions directes et indirectes sur tous les autochtones. Selon elle, et c'est le point de vue des autochtones sur la violence faite aux femmes, la violence familiale s'inscrit dans le contexte autochtone de la collectivité. Mme Wortman a déclaré : «La famille est au centre de la culture autochtone. Les enfants et les aînés, les clans et la famille élargie, tout cela fait partie du cercle. Il nous faut amener les agresseurs dans le cercle . . . Le traitement des membres de la famille est le début de la guérison de la société et de la culture» (4:81).

Mme Wortman a également décrit le type d'intervention préféré par les autochtones. «Face à la violence, nous préconisons d'établir des centres autochtones locaux à l'intention des agresseurs, de leurs victimes et des membres de leur famille afin de chercher à les guérir en régénérant leur spiritualité et leurs coutumes» (4:83).

L'Association des femmes autochtones du Canada a demandé au Comité de recommander au gouvernement fédéral d'établir un groupe de travail sur la violence familiale dans les collectivités autochtones. Il aurait pour mandat de proposer des moyens pour les collectivités autochtones de lutter contre la violence familiale, des moyens qui tiennent compte «des particularités du mode de vie familial autochtone et de l'approche globale traditionnelle en matière de guérison aussi bien dans la réserve qu'à l'extérieur» (4:83).

visage pendant qu'ils se trouvait avec son beau-père dans un club de tir. À Wakefield, au Québec, récemment, un autre bambin de huit ans a été abattu par son ami pendant qu'ils jouaient.

Les témoins admettent que les chasseurs et les tireurs sur cibles doivent avoir accès aux armes à feu, ce qui explique pourquoi leurs recommandations prévoient des exceptions à l'endroit de ces usagers. Mais il n'en va pas de même des collectionneurs. Le Comité convient que les vues de ceux dont la sécurité est menacée par les armes à feu devraient peser davantage dans la balance que celles des propriétaires d'armes à feu. Voici ce qu'a déclaré Wendy Cukier : « Ce n'est pas parce qu'on possède une arme à feu qu'on est expert en matière de violence pas plus que la maladie ne fait de vous un médecin » (11:10). Le Comité croit que la présence d'armes à feu dans notre société pose un risque pour la sécurité de tous les Canadiens malgré les intentions parfaitement innocentes des propriétaires d'armes à feu.

Le Comité convient avec beaucoup de témoins que le contrôle des armes à feu n'est pas au coeur du problème de la violence faite aux femmes, bien qu'il y soit relié. Il s'agit plutôt d'un domaine où le gouvernement fédéral peut légiférer pour améliorer la sécurité de tous les Canadiens.

RECOMMANDATION 23

Le Comité recommande que le Parlement réexamine la question du contrôle des armes à feu et envisage d'adopter un projet de loi plus sévère sous les rapports suivants : qu'on réaffirme que la possession d'une arme à feu est considérée non pas comme un droit, mais comme un privilège; que le privilège de posséder une arme à feu ne soit pas accordé à ceux qui ont été reconnus coupables d'un crime contre la personne ou de quelque autre délit grave; que l'âge légal pour posséder une arme à feu passe de 16 à 18 ans; que les armes semi-automatiques soient classées parmi les armes à autorisation restreinte; que le type et le numéro de série de toutes les armes que possède quelqu'un figurent sur l'Autorisation d'acquisition des armes à feu (AAAF); qu'une AAAF soit nécessaire pour acheter des munitions; qu'une base de données nationale sur les armes à feu et leurs propriétaires soit établie; que les femmes et les personnes qui ne possèdent pas d'armes à feu participent au processus d'élaboration des normes en matière d'entreposage sûr des armes à feu; qu'on fasse respecter ces normes; que toutes les armes d'assaut soient retirées de la circulation; et que les ressources nécessaires soient prévues pour chacune de ces initiatives.

Cukier, de *Canadians for Gun Control*. En 1987, 1 300 personnes ont été tuées par une arme à feu au Canada. Il y a eu 200 homicides, 22 accidents et plus de 1 000 suicides. En outre, environ 1 300 personnes ont été blessées par une arme à feu. Les armes à feu interviennent dans plus de 30 p. 100 des homicides au Canada (11:11-13).

Les femmes comptent pour un tiers des victimes d'homicide par arme à feu. Mais elles ne comptent que pour 5 p. 100 des auteurs de ces crimes. Le contrôle des armes à feu présente donc un intérêt particulier dans une étude sur la violence faite aux femmes et dans l'élaboration des mesures législatives de lutte contre cette violence. Il est évident pour le Comité que la présence des armes à feu dans nos foyers et dans notre milieu met en péril les femmes et les enfants.

Et si encore les armes à feu constituaient un bon moyen de protection, mais non. Wendy Cukier a parlé au Comité d'une étude parue dans le *New England Journal of Medicine* sur les meurtres commis avec une arme à feu. Cette étude révèle que, pour chaque homicide en état de légitime défense, il y a 1,3 décès accidentel (on tue un membre de la famille au lieu d'un intrus); 4,6 homicides criminels (on tue quelqu'un sans justification); et 37 suicides (11:13).

Heidi Rathjen, de *Canadians for Gun Control*, a témoigné devant le Comité au nom des étudiants de l'École polytechnique au sujet des événements du 6 décembre 1989, jour où, armé d'un fusil semi-automatique, Marc Lépine a tué 14 jeunes filles et blessé 13 personnes en 20 minutes. Ce massacre a poussé les étudiants de Polytechnique à réclamer des mesures plus efficaces de contrôle des armes à feu. Les étudiants voient le contrôle des armes à feu comme un des nombreux changements nécessaires pour empêcher qu'un pareil drame ne se reproduise. Ils reconnaissent qu'il y a d'autres causes au massacre, dont la misogynie et certains aspects de la culture canadienne, et même si, comme plusieurs autres témoins, ils ne croient pas que le contrôle des armes à feu soit la seule solution, ils ont décidé de s'attaquer à une des causes du drame qu'ils ont vécu : l'accessibilité des armes à feu.

Le Comité est troublé par les renseignements qu'il a reçus sur les effets de la présence des armes à feu dans la société canadienne. Les forces de l'ordre ne disposent pas de statistiques sur la plupart des armes à feu parce qu'il n'y a pas de système d'enregistrement des armes à feu à usage non restreint au Canada. À bien des égards, il est trop facile de se procurer une arme à feu; des adolescents de 16 ans peuvent obtenir une autorisation d'acquisition d'armes à feu à l'insu de leurs parents ou sans leur consentement. Les accidents mettant en cause des armes à feu tuent des enfants aussi bien que des adultes. Wendy Cukier a parlé d'un accident qui s'est produit à Consort, en Alberta, où un barmen de huit ans est mort d'une balle de Magnum .44 reçue en plein

réalité. On suppose, par exemple, que l'enfant a toujours intérêt à avoir le plus de contact possible avec ses deux parents, ce qui n'est peut-être pas le cas lorsque l'un des deux a l'habitude de la violence. On surestime aussi la valeur des promesses, ce qui fait souvent l'affaire des tribunaux, car ils répugnent à refuser le droit de garde ou à restreindre le droit de visite sur la base d'antécédents de violence.

Dans les cas de violence familiale, les tribunaux peuvent émettre les ordonnances de garde et de visite sans tenir compte des agressions du père contre la mère. On ne juge pas que la violence du père nuise à son aptitude à éduquer ses enfants. Les avocats ont l'habitude d'informer leur client que les accusations de voies de fait ne pèsent guère dans la balance, ce qui décourage les femmes d'en faire. Et même lorsque les actes de violence sont invoqués, on ne considère pas qu'ils compromettent nécessairement le bien-être des enfants. Pour les femmes agressées, toutefois, la violence est un facteur dont il faut, dans l'intérêt de leurs enfants, tenir compte lorsqu'on détermine les modalités de garde et de visite.

Selon plusieurs témoins, l'agression sexuelle et les autres formes de violence contre les mères ont d'horribles répercussions sur le bien-être des enfants. Selon certaines études, les enfants qui grandissent dans un milieu familial violent ont plus de chances de devenir eux-mêmes des bourreaux, dans le cas des garçons, ou des victimes, dans le cas des filles. Le Comité tient à ce qu'on brise ce cercle vicieux. Les hommes qui battent leur femme ou leurs enfants ne devraient pas avoir les mêmes droits de garde et de visite que les autres.

RECOMMANDATION 22

Le Comité recommande qu'on modifie la Loi sur le divorce pour faire en sorte que la violence faite aux femmes ou aux enfants, y compris sous forme de voies de fait contre l'épouse, d'exploitation sexuelle ou d'agression sexuelle, entre en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'accorder le droit de garde et de visite des enfants.

P. CONTRÔLE DES ARMES À FEU

Le Comité a exploré les multiples dimensions de la violence faite aux femmes, y compris les crimes perpétrés contre elles avec des armes à feu. Les femmes sont plus souvent victimes qu'auteurs d'assauts à main armée. Selon les témoigns, les armes à feu constituent un problème de santé publique majeur. Ils font remarquer que 80 p. 100 des Canadiens réclament un contrôle plus strict des armes à feu. Le coût social de l'accessibilité des armes à feu ressort également des statistiques fournies par Wendy

Les juges, les avocats de la défense et les procureurs peuvent se laisser influencer par les mythes et les stéréotypes relatifs à la sexualité féminine, y compris par l'idée qu'il est normal d'avoir un comportement violent dans une relation sexuelle. Par exemple, récemment, un juge de la Cour supérieure de la Colombie-Britannique, en acquittant un homme accusé d'agression sexuelle, a déclaré que la plaignante n'avait pas opposé une résistance assez forte à l'agresseur. Le juge a ajouté ce qui suit : «Un «Non» peut vouloir dire «peut-être», ou «pas tout de suite»». (*Globe and Mail*, 27 avril 1991).

D'après le Comité, si le droit pénal doit servir à protéger le droit des femmes à l'autodétermination dans les relations sexuelles, il doit être interprété et appliqué de manière à exclure tout moyen de défense fondé sur des attitudes, des croyances et des normes allant à l'encontre de ce droit. Pour pouvoir établir l'élément psychologique des actes d'agressions sexuelles, les tribunaux doivent déterminer s'il y a eu consentement à partir de critères objectifs. Autrement dit, une croyance erronée au consentement ne suffit pas; la défense devrait exiger qu'il soit prouvé que l'accusé croyait sincèrement et pour des motifs raisonnables que la femme consentait à l'acte sexuel. Le consentement d'une femme ne peut être établi que lorsque celle-ci consent explicitement et clairement à l'acte sexuel. Le consentement doit être volontaire et communiqué avant que l'acte puisse être jugé consensuel.

RECOMMANDATION 21

Le Comité recommande que le Parlement fasse le nécessaire pour que, dans les procès pour agression sexuelle, il ne soit plus possible d'invoquer l'«erreur de fait», c'est-à-dire de soutenir que l'accusé croyait honnêtement avoir le consentement de la victime, comme dans l'affaire Pappajohn.

O. GARDE ET VISITE DES ENFANTS EN CAS DE DIVORCE

Les femmes victimes de violence sont souvent lésées par les lois relatives aux droits de garde et de visite des enfants. Les ordonnances sont prises les unes aux termes de la loi provinciale sur le droit de la famille, les autres aux termes de la *Loi sur le divorce*. La *Loi sur le divorce* exige que les ordonnances de garde soient prises au mieux des intérêts des enfants. Le comportement des parents n'intervient dans l'attribution des droits de garde et de visite que lorsqu'il nuit au bien-être émotif, psychologique et spirituel de l'enfant. Les juges ne s'intéressent pas aux aspects du comportement des parents qui ne leur paraissent pas influencer directement sur l'enfant.

Les ordonnances de garde et de visite ne sont pas prises en fonction des besoins des parents ou au mieux de leurs intérêts. Le critère qu'on emploie, c'est «l'intérêt de l'enfant», mais on fait alors des suppositions qui ne cadrent pas nécessairement avec la

L'article 277 du Code criminel qualifie d'« inadmissible » toute preuve de réputation sexuelle visant à attaquer ou à défendre la crédibilité du plaignant. Cette disposition a elle aussi été contestée devant les tribunaux, bien que ces derniers aient été plus divisés sur cette question. D'après les témoins, en déclarant les articles 276 et 277 inconstitutionnels, les tribunaux ont négligé de bien évaluer l'objet de ces dispositions, qui est de promouvoir le droit des femmes à la sécurité personnelle et à la protection de la loi. Le Comité estime que cet objectif constituait la raison d'être de ces deux dispositions, ce qui explique pourquoi le Parlement continue toujours de les appuyer.

RECOMMANDATION 20

Le Comité recommande que, si la Cour suprême du Canada déclare inconstitutionnels les articles 276 et 277 du Code criminel, le Parlement les rétablisse en invoquant l'article 33 de la Charte (clause de dérogation) de manière à les mettre à l'abri de toute contestation constitutionnelle ou érosion.

N. ERREUR DE FAIT INVOQUÉE DANS LES PROCÈS POUR AGRESSION SEXUELLE

Dans un discours qu'elle a prononcé récemment devant la société Elizabeth Fry à Calgary, en Alberta (le 17 avril 1991), le juge Beverly McLachlin a déclaré que les dispositions du droit pénal relatives à la présentation de preuves par les victimes d'agressions sexuelles sont fondées sur des stéréotypes sexuels et des mythes qui sont à l'origine du traitement injuste et inéquitable réservé aux femmes. La loi est à l'image des mythes selon lesquels les femmes sont des êtres irrationnels qui ont une forte sexualité et qui ont tendance à mentir au sujet du fait qu'elles ont consenti aux rapports sexuels. Les dispositions applicables au consentement dans les cas d'agressions sexuelles sont fondées sur des stéréotypes qui encouragent l'inégalité sexuelle.

Cette question a été soulevée par certains témoins qui soutiennent que les dispositions régissant les agressions sexuelles au Canada encouragent la violence contre les femmes. Depuis 1980, la règle à ce sujet est claire : dans un procès d'agression sexuelle, toute erreur honnête fondée sur des motifs raisonnables quant à l'existence du consentement peut absoudre une personne accusée d'agression sexuelle, comme l'a statué la Cour suprême du Canada dans l'affaire Pappajohn. Lorsqu'un accusé soutient qu'il croyait sincèrement avoir le consentement de la victime, la loi lui permet d'utiliser cet argument pour prouver qu'il n'a pas commis l'élément psychologique du crime. Les témoins entendus par le Comité ont affirmé que l'invocation de l'« erreur de fait », reliée à la croyance erronée au consentement, est inconstitutionnelle et qu'elle devrait être déclarée irrecevable.

Le comité est d'avis que les lois adoptées en vue de corriger les inégalités existant dans la société canadienne n'atteindront pas l'objectif souhaité si elles sont susceptibles de faire l'objet de contestations judiciaires du fait que les rédacteurs auront négligé d'en préciser la raison d'être. On peut renforcer la portée de ces lois en faisant clairement état, dans le préambule, de l'inégalité dont sont victimes les femmes et du désir du Parlement de corriger cette situation. À défaut de cela, il peut s'avérer coûteux, dans le cadre d'une contestation, de prouver l'existence d'inégalités systémiques. Pour les groupes de promotion de l'égalité qui favorisent l'adoption de lois destinées à redresser de tels torts, ces dépenses sont particulièrement lourdes à assumer, parce qu'ils doivent mobiliser des ressources pour prouver l'existence d'une inégalité qui a déjà été reconnue par les rédacteurs de la loi contestée.

RECOMMANDATION 19

Le Comité recommande que les considérants de la loi adoptée par le Parlement en vue de mieux assurer l'égalité des femmes et de mettre fin à la violence dont elles sont victimes fassent clairement état de l'inégalité dont souffrent les femmes dans la société canadienne et donnent comme raison d'être à la loi les garanties constitutionnelles en matière d'égalité.

M. ARTICLES 276 ET 277 DU CODE CRIMINEL DU CANADA

Le Comité croit qu'il est important de préserver les articles 276 et 277 du Code criminel, qui visent à faire échec à la violence faite aux femmes. Advenant que la Cour suprême du Canada déclare ces dispositions inconstitutionnelles, les principes juridiques de même que les institutions judiciaires perpétueront les inégalités sociales à l'origine de la violence faite aux femmes. Si les victimes d'agressions sexuelles sont confrontées à de durs interrogatoires au sujet de leur réputation et de leurs antécédents sexuels, elles hésiteront à signaler cet acte criminel aux autorités et ne pourront bénéficier de la protection que pourrait leur accorder notre système judiciaire.

L'article 276 du Code criminel interdit la présentation de preuves sur le comportement sexuel du plaignant avec qui ce soit d'autre que l'accusé, sauf dans des circonstances bien précises. La décision rendue par la Cour d'appel de l'Ontario dans l'affaire Seaboyer contre Gaymes a pour effet de maintenir l'applicabilité de l'article 276, mais confère au juge le pouvoir de décider s'il appliquera ou non l'article dans l'affaire en cause, d'entendre les preuves et d'établir si les questions sur les antécédents sexuels du plaignant seront admises ou non. Le Comité est convaincu que le Parlement a déjà examiné toutes les circonstances dans lesquelles de telles preuves pourraient être autorisées. Celles-ci sont d'ailleurs énumérées à l'article 276 du Code criminel. De plus, les juges ne peuvent invoquer des circonstances autres que celles prévues.

Depuis que les droits à l'égalité ont été consacrés par l'article 15 de la Charte, les femmes et leurs groupes de défense, comme le Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes, ont fait état devant les tribunaux de certaines des nombreuses inégalités dont souffrent les femmes dans la société canadienne. Les témoins ont fait état des principaux domaines où la Charte a récemment été invoquée pour mettre en lumière ces inégalités. Les inégalités systémiques encouragent la violence contre les femmes et lui confèrent un caractère légitime. Elles créent un climat social propice à la manifestation de cette violence et, faute de mesures de répression suffisantes, les femmes ne peuvent trouver de solutions juridiques efficaces à ce problème. Les mesures législatives adoptées en réaction à ces inégalités peuvent être contestées par les groupes hostiles à tout changement ayant pour effet de mieux assurer l'égalité et la sécurité des femmes. Les témoins entendus par le Comité ont cité en exemple certaines mesures législatives garantissant l'égalité des femmes, dont la portée a été circonscrite en raison de ces contestations, comme les dispositions du Code criminel limitant la recevabilité de témoignages sur les antécédents sexuels des victimes d'agressions sexuelles.

Le Parlement a tenté, par le biais des articles 276 et 277 du Code criminel, d'interdire l'introduction, par les avocats de la défense, de preuves sur le comportement sexuel antérieur d'un plaignant et sur sa réputation à cet égard. En essayant de modifier les règles juridiques qui étaient fondées sur des stéréotypes et des croyances erronées au sujet de la sexualité des femmes — par exemple, que les femmes sexuellement actives sont beaucoup plus susceptibles de mentir dans des cas de viol et que leur témoignage est peu fiable — le Parlement a voulu corriger une partie des inégalités sociales qui encouragent la violence contre les femmes. Ces dispositions ont fait l'objet de plusieurs contestations ces dernières années, et elles ont, jusqu'ici, été jugées inconstitutionnelles dans la majorité des cas. La Cour suprême du Canada a récemment été saisie de cette question et n'a pas encore fait connaître son jugement.

Voici ce qu'a dit Helena Orlon, du Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes, au sujet des affaires R. contre Seaboyer et R. contre Gaymes, qui portent sur les articles 276 et 277 du Code :

Les organisations de défense et de promotion des droits de la femme ont lutté très dur pour obtenir l'adoption de ces deux dispositions afin d'améliorer les chances de voir les femmes obtenir gain de cause en justice. Depuis toujours, le viol est un des crimes que la victime hésite le plus à dénoncer. Ces deux dispositions du Code criminel sont actuellement contestées par deux hommes accusés d'agression sexuelle, lesquels font valoir que ces deux dispositions violent leurs droits à un procès équitable, estimant que les preuves touchant les antécédents sexuels sont de nature à éclairer la question du consentement éventuel de la plaignante. (4:30)

Le Comité recommande que soit mis sur pied un organisme administratif ou un groupe de travail constitué de juristes et d'autres spécialistes des questions touchant l'égalité des femmes, qui serait chargé d'élaborer des mesures législatives de promotion de l'égalité pour faire échec à la violence faite aux femmes et ce, dans le cadre de consultations dignes de ce nom avec les groupes de promotion de l'égalité. Il faudrait fournir à ces groupes l'argent dont ils ont besoin pour élargir leurs connaissances et pouvoir ainsi venir en aide au Comité. Cette entité serait chargée d'évaluer toutes les mesures législatives pour voir si elles sont conformes au principe de l'égalité des femmes.

RECOMMANDATION 18

Le Parlement doit bien faire comprendre que la violence contre les femmes n'est plus acceptable au Canada. Pour donner du poids à ce message, le gouvernement doit, selon certains témoins, allouer des fonds aux groupes les plus démunis de la société qui cherchent à faire respecter leurs droits à l'égalité. Le Comité convient que des mesures législatives destinées à réprimer la violence faite aux femmes doivent être élaborées de concert avec les groupes de promotion de l'égalité et ce, dans le cadre de consultations utiles et sérieuses.

À défaut de cela, ces groupes seront obligés de contester les lois constitutionnelles devant les tribunaux ou, perspective encore plus inquiétante, de trouver des moyens pour protéger les gains déjà réalisés par les femmes sur le plan législatif mais remis en question par les opposants au droit à l'égalité. Ces démarches auront pour effet d'imposer un lourd fardeau aux organismes à but non lucratif qui se portent à la défense des droits à l'égalité, et il ne faudrait pas compter sur leurs seuls efforts pour garantir l'égalité des femmes. Helena Orton, du Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes, a déclaré au Comité que les «garanties d'égalité obligent l'État à tenir compte des besoins des groupes défavorisés» (4:29). Elle a ajouté que cette situation exige des mesures concrètes pour lutter contre l'inégalité, car l'inaction renforce l'inégalité.

le Comité, le principe de l'égalité englobe la sécurité personnelle, l'autonomie, l'intégrité sexuelle, ainsi que le droit d'accès au système judiciaire. Le Comité est conscient du fait que le Parlement est tenu, en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés, de garantir l'égalité des femmes. Par conséquent, il reconnaît que toutes les lois fédérales doivent pouvoir faire l'objet d'un examen pour évaluer leur effet sur l'égalité des femmes. D'après les témoins qui ont comparu devant le Comité, il faudrait inviter les groupes de promotion de l'égalité des femmes à participer au processus d'examen des futures lois.

Bien que la législation ayant trait à la violence contre les femmes soit aussi ancienne que le droit criminel, les changements récents apportés aux lois reflètent l'importance de l'influence exercée par les femmes dans ce domaine. Le Comité a recueilli les propos de témoins qui ont fait part de leurs préoccupations au sujet des femmes victimes de querelles familiales, en tant que victimes d'agression sexuelle et en tant que participantes dans le système de justice pénale. D'après les témoins, les lois existantes dans ces domaines ne permettent aucunement de s'attaquer adéquatement au problème atterrante et terrifiant de la violence faite aux femmes. Certains témoins ont décrit le rôle joué par le gouvernement fédéral sur le plan législatif pour mettre un terme à ce fléau.

Le Comité a appris que la violence faite aux femmes est un problème lié à l'inégalité des sexes. Les lois en place ne permettent pas de mettre un terme de façon efficace à cette forme de violence, et peuvent même perpétuer cette inégalité. Lorsque le législateur s'attaque à ce problème sans faire de distinction entre les sexes, les problèmes propres à un sexe peuvent lui échapper. Les agressions sexuelles et autres commises à l'endroit des femmes ne peuvent être traitées comme des crimes où le sexe de l'agresseur n'entre aucunement en ligne de compte : les femmes sont les victimes de ces crimes, et les hommes en sont les auteurs. À cause de l'inégalité de leur statut dans la société canadienne, les femmes se trouvent en position d'infériorité, ce qui encourage parfois le crime. Au Canada, les femmes sont limitées par leur inégalité politique, économique et sociale. Lorsqu'elles tentent d'avoir accès au système judiciaire en vue de trouver des solutions à des situations violentes, elles se trouvent souvent encore plus défavorisées.

C'est en effet la position qu'a défendue le juge Beverly McLachlin, en avril 1991. Dans un discours prononcé à Calgary, celle-ci a déclaré que certains aspects du droit pénal au Canada s'inspirent de stéréotypes sexuels démodés qui favorisent un traitement injuste et inéquitable des femmes. «Le droit pénal n'a jamais traité, et dans une certaine mesure ne traite toujours pas, les femmes sur le même pied que les hommes». (*Ottawa Citizen*, le 19 avril 1991) L'année dernière, Mme Bertha Wilson, à l'époque juge à la Cour suprême du Canada, a dénoncé le fait qu'il existe dans le droit pénal un parti pris contre les femmes. Elle a affirmé que: «Certains aspects du droit pénal doivent être modifiés puisqu'ils sont fondés sur des présomptions au sujet des femmes et de leur sexualité, qui de nos jours frisent le ridicule». (*Canadian Forum*, 68, Mars 1990, p. 8)

Toute solution juridique au problème de la violence faite aux femmes qui néglige de tenir compte des inégalités réelles existant au sein de la société et de la violence qui en découle ne garantira pas l'égalité des femmes. Pour les témoins qui ont comparu devant

Un des problèmes sous-jacents est que les femmes n'ont pas vraiment les moyens de décider si oui ou non elles vont participer au système de justice pénale. Si une femme veut quitter son mari, les moyens pour l'aider à être indépendante et à sortir d'une situation de violence n'existent pas. Le mouvement prônant la mise en accusation a été extrêmement important en ce qu'il a fait reconnaître la violence contre les femmes, mais cela ne peut pas se faire dans le vide. Nous devons offrir aux femmes de vrais recours, pour qu'elles puissent faire face à ces changements.

(4:39)

Peter Jaffe pour sa part soutient que ces règles sont surtout efficaces lorsque des services de soutien sont déjà en place.

Si la mise en accusation obligatoire s'inscrit dans une stratégie communautaire globale, prévoyant une collaboration entre la police et les responsables des services de soutien offerts par les refuges ou les autres organismes dès le dépôt de l'accusation, à ce moment-là, pendant tout le processus, c'est-à-dire depuis l'incident jusqu'à la comparution devant le tribunal, on offre un service communautaire complet. (5:63)

John Kousik, du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal, a admis devant le Comité que de nombreuses femmes ne sont pas en mesure de témoigner contre leur conjoint parce qu'elles ont besoin de soutien que les forces policières ne sont pas en mesure de leur donner. Toutefois, à son avis, la règle de mise en accusation obligatoire est efficace au sens où elle fait comprendre à la population que la violence contre les femmes en milieu familial est inacceptable et qu'elle est considérée comme un crime. (10:20)

Le Comité convient qu'il est nécessaire de porter des accusations dans les cas de violence faite aux femmes lorsqu'il existe des motifs raisonnables et probables de croire qu'une agression a été commise. Il s'agit là d'une solution nécessaire, quoique limitée, au problème de la violence faite aux femmes. Il estime que le gouvernement fédéral et les provinces doivent encourager publiquement et avec diligence les autorités policières à se conformer rigoureusement et systématiquement à cet usage. La règle de mise en accusation obligatoire devrait être élargie de façon à s'appliquer aux cas d'agression sexuelle et physique dont sont victimes les femmes et les enfants à l'intérieur et à l'extérieur du domicile familial.

RECOMMANDATION 17

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de souligner l'importance des règles de mise en accusation obligatoire dans les cas d'agression physique ou sexuelle en ordonnant à la GRC d'en respecter fidèlement la teneur. Le gouvernement fédéral devrait également encourager les gouvernements provinciaux à ordonner à leurs forces policières de toujours faire respecter leurs règles de mise en accusation obligatoire.

Le Canada a adopté pour l'ensemble de son territoire des règles de mise en accusation qui s'appliquent en cas de fait contre l'épouse. Ces règles précisent que lorsque les forces de l'ordre ont des motifs raisonnables et probables de croire qu'une agression a été commise, il n'est pas nécessaire qu'elles aient été témoins de l'agression pour porter des accusations. Toutefois, certains témoins ont laissé entendre qu'il y a une marge entre la théorie et la pratique. En effet, une étude menée par le solliciteur général de l'Ontario montre que les forces policières n'ont pas porté d'accusations dans 50 p. 100 des cas de violence familiale où ils sont intervenus (5:79).

Des témoins ont affirmé au Comité que certains policiers croient que les appels qu'ils reçoivent ne sont pas sérieux, de sorte qu'ils n'y répondent pas immédiatement. Par exemple, en mai 1991, une femme de Calgary a été sauvagement battue et violée à son domicile par un homme, parce que la police n'a pas répondu à son appel à l'aide sur la ligne 911. Selon les explications fournies, l'appel n'a pas été traité comme une urgence parce que le répartiteur préposé à la ligne 911 dit croire qu'il s'agissait d'une « dispute familiale » (*Calgary CP, 9 mai 1991*). Les forces policières ont tendance à croire que leur intervention ne sert à rien, car la victime poursuivra sa relation avec l'agresseur une fois celui-ci accusé et ne comparaitra pas en cour pour témoigner contre lui de sorte qu'en fin de compte, celui-ci sera acquitté. Les témoins ont qualifié cette attitude de discrimination en ce sens qu'elle néglige d'assurer une protection immédiate à la victime et qu'elle reflète une absence profonde de compréhension à l'égard de la complexité du problème de la violence faite aux femmes.

Les recherches effectuées montrent que les femmes agressées physiquement et sexuellement peuvent refuser de témoigner contre leur agresseur parce qu'elles n'ont pas confiance dans le système de justice pénale, qu'elles se sentent humiliées ou intimidées, et parce qu'elles craignent d'être l'objet de représailles de la part de l'agresseur. Les femmes maltraitées restent souvent avec leur époux ou leur conjoint pour toute une série de raisons liées les unes aux autres : elles n'ont pas d'emploi et dépendent donc de son salaire; elles ne peuvent trouver un logement abordable; elles n'ont pas les compétences voulues pour se trouver un emploi; elles ne peuvent subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants; elles n'ont pas accès à des services de garde qui leur permet de trouver et de conserver un emploi; elles ne veulent pas que leur relation prenne fin mais souhaiteraient ne plus être maltraitées. En bref, les femmes sont confrontées à des choix limités lorsqu'elles essaient de mettre un terme à la violence qui marque leur vie.

Helena Orton, directrice du Contentieux, Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes, a expliqué au Comité le dilemme que posent les règles de mise en accusation obligatoire :

D'après les témoignages recueillis par le Comité, la réaction des forces de l'ordre aux actes de violence à l'endroit des femmes est souvent inadéquate. Dans les cas d'agression sexuelle, les propos de la victime sont souvent mis en doute. Dans les cas d'agression contre la conjointe, on a tendance à croire que l'inviolabilité et l'intimité du foyer l'emporte sur le besoin de sécurité de la femme. L'intervention des forces de l'ordre est cruciale car c'est elle qui enclenche tout le processus de justice pénale. Lorsque la police arrête un homme violent, sa victime, de même que les victimes en puissance, bénéficient d'une protection immédiate tandis que le comportement de l'agresseur, lui, est dénoncé et qualifié de criminel.

J. ADOPTION PAR LES FORCES DE L'ORDRE D'UNE RÈGLE DE MISE EN ACCUSATION OBLIGATOIRE

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral élabore une politique juridique qui permette aux tribunaux de rendre, sur la demande du procureur de la Couronne, une ordonnance d'interdiction d'accès au domicile familial dans le cas d'un homme accusé d'avoir agressé son épouse ou sa compagne. La politique devrait obliger la police et les tribunaux à assurer la protection de la victime et l'exécution de l'ordonnance.

RECOMMANDATION 16

comportement de l'agresseur.

doublement ces femmes et ces enfants et ne dénonce pas assez sévèrement le se protéger contre l'agresseur est foncièrement mauvais et injuste. Il pénalise violence et leurs enfants à quitter le foyer familial et à vivre dans un refuge surpeuplé pour Le Comité est convaincu que l'usage actuel qui oblige les victimes d'actes de ordonnance de non-communication, et sur les peines à imposer aux contrevenants.

avis, il est essentiel que l'on donne aux policiers, ainsi qu'aux tribunaux, des instructions claires et précises sur la façon de réagir en cas de dérogation aux conditions d'une ordre devraient avoir pour règle d'interdire à l'agresseur d'avoir accès au foyer. À leur Des témoins ont affirmé au Comité que, dans les cas d'agression, les forces de avoir entraine cette interdiction.

ordonnance qui lui interdisait de s'approcher de la victime, et il attendait son procès pour au travail et s'est ensuite donné la mort. L'agresseur était sous le coup d'une était séparé, a abattu celle-ci alors qu'elle s'apprêtait à quitter la maison pour se rendre un homme de Gloucester, en Ontario, furieux des mesures prises par sa femme, dont il conséquences tragiques. Ainsi, en avril 1991, dans un dernier acte désespéré de colère, Le non-respect des ordonnances émises par les tribunaux peut aussi avoir des

matière de logements. Le séjour dans ces logements s'échelonne de six mois à un an. Le Comité craint toutefois que cet hébergement à court terme, tout en étant nécessaire, ne réponde pas aux besoins urgents et graves, toujours non satisfaits, des mères célibataires et de leurs enfants en matière d'hébergement à long terme.

RECOMMANDATION 15

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral coordonne l'élaboration d'une politique nationale du logement et contribue de façon concrète à soulager la pénurie de logements abordables et accessibles à laquelle sont confrontés les gagne-petit et les pauvres, notamment les femmes dont le logement n'est pas sûr.

I. INTERDICTION D'ACCÈS AU DOMICILE FAMILIAL

Les témoins ont remis en question l'usage voulant que les femmes maltraitées et leurs enfants quittent le foyer familial pour être plus en sécurité. À leur avis, outre qu'il est difficile de trouver un autre logement, le fait de quitter le domicile familial perturbe profondément les enfants. En effet, ces derniers quittent non seulement le cadre familial de leur foyer, mais également leur école, leurs amis et leur quartier à un moment où la famille traverse une crise. D'après les témoins, dès qu'un homme violent est arrêté, le procureur de la Couronne devrait demander au juge d'émettre, comme condition spéciale de libération en attendant la tenue du procès, une ordonnance interdisant à l'accusé l'accès au domicile familial. Toutefois, ils ont fait valoir que les instruments juridiques existants qui visent à protéger les femmes, comme les ordonnances de «non-communication» par lesquelles les tribunaux interdisent à l'accusé de voir ou de parler à sa femme ou à ses enfants, sont constamment transgressés. Les femmes et les enfants sont souvent harcelés, menacés, agressés physiquement et sexuellement et même tués par des hommes qui sont sous le coup d'une ordonnance de ne pas faire. Judith Parrack, avocate spécialisée en droit de la famille oeuvrant auprès de l'Association nationale de la femme et du droit, a fait part au Comité de son expérience avec les ordonnances de non-communication :

J'ai, en ce moment même, une cliente qui a une ordonnance de ne pas faire, une ordonnance de possession exclusive, bref, toutes les ordonnances imaginables. Son mari est entré de force dans la maison, vendredi soir, et l'a battue. Les hommes ont l'impression d'être au-dessus des lois. En l'absence d'une réaction immédiate de la police qui soit rapide et nette, ils continuent à penser qu'ils peuvent tirer sur la ficelle pour voir jusqu'où ils peuvent aller avant de provoquer une réaction. (4:50)

Le Comité appuie le programme Deuxième étape, annoncé récemment par le gouvernement fédéral, qui vise à créer entre 150 et 170 unités d'hébergement pour répondre aux besoins à plus long terme des femmes maltraitées et de leurs enfants en

l'autonomie financière (4:68)

Ce n'est qu'après que la sécurité et le logement sont assurés que les femmes peuvent commencer à faire face à d'autres problèmes graves, tels les questions juridiques, les problèmes de santé physique et émotionnelle, l'éducation, le recyclage et la recherche de

figure au premier rang des nombreuses priorités des femmes maltraitées.

Bluma Teram, directrice du *Lincoln Road Apartments* au YMCA de Kitchener-Waterloo a affirmé au Comité que l'accès à un logement abordable et sûr pour les femmes peut être un défi plus long que dans les maisons de transition.

abordable. Il existe également une pénurie de foyers d'hébergement prolongé, où les femmes peuvent séjourner plus longtemps que dans les maisons de transition. Au moment de quitter ces foyers d'hébergement temporaire, de nombreuses femmes retournent vivre dans un contexte de violence parce qu'elles n'ont pas les ressources nécessaires pour louer un logement ou qu'elles ne peuvent avoir accès à un logement abordable. Il existe également une pénurie de foyers d'hébergement prolongé, où les femmes peuvent séjourner plus longtemps que dans les maisons de transition. Au moment de quitter ces foyers d'hébergement temporaire, de nombreuses femmes retournent vivre dans un contexte de violence parce qu'elles n'ont pas les ressources nécessaires pour louer un logement ou qu'elles ne peuvent avoir accès à un logement abordable. Il existe également une pénurie de foyers d'hébergement prolongé, où les femmes peuvent séjourner plus longtemps que dans les maisons de transition.

Bon nombre de témoins ont affirmé au Comité que la question de l'accessibilité des

H. LOGEMENTS ABORDABLES

femmes.

Bien qu'il reconnaisse que le financement de l'aide aux victimes soit prioritaire, le Comité recommande que le gouvernement fédéral donne le ton en s'assurant que les programmes de traitement des hommes violents disposent d'un financement suffisant et stable. Il faudrait que l'argent aille aux modèles de programmes reconnus comme les plus efficaces au terme de la recherche du gouvernement fédéral sur les programmes d'orientation et de traitement des hommes qui battent les

RECOMMANDATION 14

responsables de programmes de traitement offerts par les agences communautaires ont déclaré au Comité que les listes d'attente sont très longues. Il en est de même pour les programmes de traitement qui accordent la priorité aux cas de violence faite aux femmes et aux agresseurs. Par ailleurs, les juges et les avocats doivent être conscients des ressources qui existent pour pouvoir les utiliser au moment opportun.

et l'emprise mâles sur les femmes (13:20-21). Selon John MacDonald, animateur d'un programme de traitement pour hommes violents à Ottawa, ces programmes ont une portée fondamentalement limitée en raison du contexte dans lequel ils sont offerts.

... mais il faut bien reconnaître que nous n'avons qu'un succès très limité. . . . Il ne peut qu'en être ainsi, avec un programme d'aussi brève durée dans une société où tant de facteurs contribuent à renforcer l'impression qu'ont tant d'hommes de jouir de privilèges spéciaux, d'avoir des droits bien établis, sentiments qui les confortent dans leur comportement brutal.

(13:60)

Anna Nosko, conseillère auprès de la *Family Service Association of Metro Toronto* et également directrice de programmes pour hommes violents, a cependant déclaré au Comité que, malgré leur succès mitigé, «il est important de prévoir des programmes obligatoires pour les hommes . . . Certains hommes du moins en bénéficiaient. Même si, au départ, ils peuvent être très en colère, à la fin de leur programme, ils commencent à avoir un comportement plus responsable. Ils ont au moins eu la possibilité d'apprendre comment éviter d'être violents». (12:30)

L'efficacité des programmes de traitement visant à modifier les attitudes sexistes et les comportements violents envers les femmes est fondamentalement limitée si les influences sociales à l'origine de ces comportements et attitudes ne changent pas. Le Comité croit quand même que les hommes violents doivent être tenus responsables de leur comportement pour empêcher que les femmes ne deviennent la cible future de leur rage.

RECOMMANDATION 13

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral exige que ses procureurs des territoires suivent des cours sur la violence faite aux femmes et reçoivent la directive de recommander l'application obligatoire d'un programme d'orientation et de traitement, en plus de la peine criminelle applicable, lorsqu'un homme est reconnu coupable d'avoir agressé son épouse ou sa compagne. Le contenu des cours devrait être établi de concert avec les organismes de première ligne oeuvrant auprès des femmes victimes de violence. Le gouvernement fédéral devrait également inciter les gouvernements provinciaux à obliger leurs propres procureurs à suivre ces cours et à recommander l'application obligatoire de programmes d'orientation et de traitement, en plus des autres possibilités de peine, dans les causes de violence conjugale.

Bien entendu, si les programmes de traitement doivent désormais constituer une des options envisagées par les tribunaux au moment du prononcé de la sentence, il faut que la collectivité dispose des ressources nécessaires pour offrir un tel service. Les

Nonobstant cette prise de position, le Comité reconnaît les limites des programmes de traitement. David Singleton du Centre de prévention des agressions de Montréal, a fait état de recherches portant sur des hommes qui agressent sexuellement des femmes et des enfants. Ces études montrent que la violence masculine envers les femmes est liée aux expériences traumatisantes vécues dans l'enfance ainsi qu'au comportement masculin normal qui consiste à vouloir exercer son emprise sur des personnes de rang inférieur. Les hommes brutaux sont rarement violents à l'égard de ceux qu'ils perçoivent comme leurs égaux. Ces hommes ont assimilé des valeurs et des attitudes socialement transmises, qui cautionnent leur comportement agressif envers les femmes et les enfants. Par conséquent, les programmes doivent tenir compte à la fois de la précocité des expériences traumatisantes vécues et de la culture sexiste qui renforce la domination

sexuelle ou physique contre des femmes ou des enfants. devrait faire partie de toute peine imposée à un homme reconnu coupable d'agression counselling, à même les ressources de la collectivité ou du système correctionnel, fin au cycle de la violence, l'obligation de suivre un traitement ou des séances de plein gré. En conséquence, le Comité convient, à l'instar des témoins, que pour mettre lui a déjà infligé des blessures graves est peu susceptible d'aller solliciter de l'aide de son Le Comité est convaincu qu'un homme qui a déjà menacé une femme avec une arme ou trouvent une autre femme à maltraiter lorsque leur femme ou leur conjointe les quittent. Comité sait aussi que d'après certaines recherches, bon nombre d'hommes violents séances de counselling ou soit traité, et à ce que les mauvais traitements cessent. Le emprisonné. Le plus souvent, elles demandent à ce que leur agresseur soit suivi en sont pas toutes les femmes maltraitées qui souhaitent voir leur mari ou leur conjoint Les témoins entendus ont aussi fait prendre conscience au Comité que ce ne

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral publie immédiatement les résultats de sa recherche sur l'efficacité des divers modèles de programmes destinés aux hommes qui battent les femmes.

RECOMMANDATION 12

Le Comité sait que le gouvernement fédéral a entrepris l'évaluation des programmes de traitement actuellement offerts aux hommes violents. Le mémoire remis au Comité par le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme demandait au gouvernement fédéral de publier les résultats de ces évaluations. Le Comité souscrit à cette proposition. Il tient beaucoup à ce que les programmes de traitement et de counselling n'encouragent pas les hommes violents à remplacer une forme d'agression par une autre et à ce que les hommes en viennent à assumer la responsabilité de leur comportement violent.

comportement et ces attitudes.

causes et les conséquences de leur comportement violent et de travailler à changer ce

assumer leurs gestes violents et en reconnaître l'origine, afin de mieux comprendre les

de programme qui a la meilleure cote est celui où l'on encourage les hommes violents à

ont ensuite recours à la violence psychologique plutôt qu'à la violence physique. Le type

s'inscrivent à ces programmes peuvent apprendre à «contrôler leur rage», mais certains

produisent pas les mêmes résultats. Des témoins ont signalé que les hommes qui

Les groupes de traitement n'ont pas nécessairement les mêmes objectifs et ne

menace de mettre fin à leur relation s'ils ne cherchent pas à obtenir de l'aide.

pénale. Certains hommes s'y inscrivent de leur plein gré, lorsque leur partenaire les

tribunal ou tiennent lieu de solution de rechange à l'intervention du système de justice

établissements correctionnels. Ils font quelquefois partie de la peine imposée par le

entre le système de justice pénale et ces programmes, qui sont parfois offerts dans les

violents, Santé et Bien-être social Canada, juillet 1988). Il existe souvent des liens directs

(Canada, Programmes de thérapie en vigueur au Canada à l'égard des hommes

Il existe 14 programmes de traitement pour les hommes qui battent leurs épouses

G. TRAITEMENT DES HOMMES VIOLENTS

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral donne le ton en

s'assurant que les organismes d'aide aux femmes et aux filles victimes

d'agression et d'exploitation disposent d'un financement sûr et à long

terme. Ces organismes ont besoin de soutien financier pour rendre leurs

services accessibles à toutes les femmes qui en ont besoin ainsi qu'aux

femmes handicapées, aux femmes âgées, aux immigrantes et aux

membres des minorités visibles et pour les adapter à leurs besoins.

RECOMMANDATION 11

Dans le cas des femmes handicapées, des femmes autochtones, des femmes

immigrantes ou des femmes appartenant à des minorités visibles, la pénurie de services

accessibles, culturellement adaptés et pertinents est encore plus dramatique.

Étant donné tous ces facteurs, le Comité ne s'étonne pas du fort roulement des

employés dans les maisons de transition. À l'instar de ceux et celles qui aident et

appuient les femmes victimes d'agression physique ou sexuelle, le Comité est d'avis que

le sous-financement chronique des services et maisons d'hébergement offerts en

situation d'urgence montre le peu d'importance accordée par notre société au problème

de la violence faite aux femmes et le peu de valeur attribué au travail des femmes dans la

société canadienne.

Les fonds étant insuffisants, le nombre d'employés et les salaires sont donc peu élevés. Des témoins ont fait remarquer qu'étant donné les niveaux de rémunération, il est évident que les employés ne travaillent pas pour l'argent, mais bien pour leur satisfaction personnelle. Le salaire moyen d'une employée de maison de transition en Colombie-Britannique est de 10 \$ l'heure, qu'il s'agisse d'une travailleuse détenant un diplôme en nursing psychiatrique, ou un baccalauréat ou une maîtrise en travail social (5:32). En Saskatchewan, les conseillers qui ont plus de six ans d'expérience gagnent à peine plus de 20 000 \$ par an (5:39). Autre preuve de leur dévouement, ces mêmes employés organisent bénévolement des campagnes de financement, d'éducation populaire et de sensibilisation (5:39).

Tous les témoins qui ont parlé des maisons d'hébergement pour femmes battues ont signalé le problème de la pénurie chronique de places dans un grand nombre de maisons. D'un bout à l'autre du pays, l'offre n'arrive pas à suffire à la demande. L'an dernier, au Québec, 4 264 femmes ont été accueillies dans 44 maisons d'hébergement. Dans cette province, une femme sur deux se voit refuser l'accès à une maison d'hébergement à cause du manque de place (2:30).

En Alberta, environ 1,5 à 2 femmes sont refusées pour chaque femme admise (2:30). En Saskatchewan, une maison d'hébergement de 16 lits, à North Battleford, a refusé 40 familles en 1989-1990. Dans cette province, certaines femmes font jusqu'à 500 milles pour avoir accès aux services dont elles ont besoin (5:38, 44).

Au Manitoba, l'an dernier, la maison d'hébergement d'urgence gérée par le YWCA a offert d'accueillir plus de 2000 femmes et enfants en situation d'urgence (4:65). En Colombie-Britannique, pour chaque famille acceptée, deux sont refusées (5:25). Les témoins ont dit au Comité que, lorsqu'une femme se voit refuser l'accès, elle peut être dirigée vers un hôtel, où sa sécurité n'est pas assurée, ou envoyée ailleurs dans la province, là où il y a de la place. En Colombie-Britannique, certaines femmes sont envoyées à des maisons se trouvant à deux heures de voiture de chez elles. Elles y sont peut-être en sécurité, mais elles n'y ont pas d'aide, pas de famille, et les enfants sont loin de leurs amis et de leur école (5:31).

ouverte aux personnes en situation d'urgence et d'avoir un nombre suffisant d'employés. Le fait qu'il n'y a pas de financement de base stable et prévisible rend impossible la planification à long terme ainsi que l'élaboration de programmes, et empêche d'offrir des services de counselling aux enfants qui ont subi la violence familiale avec leur mère. En Saskatchewan, le gouvernement finance 2,5 postes de conseiller pour chaque maison de transition située dans la province (5:40).

Des témoins des associations provinciales de maisons de transition ont déclaré au Comité que les méthodes de financement des refuges sont inadéquates, car elles ne leur permettent pas de garder les maisons ouvertes en permanence, d'offrir une ligne

tomberont elles aussi à l'eau» (5:30).
dit au Comité que «si le RAPC tombe à l'eau, je suis certaine que les maisons de transition Summer, vice-présidente de la *British Columbia/Yukon Society of Transition Houses*, a mêmes provinces au titre du RAPC étaient maintenues pour trois autres années. Eleanor Colombie-Britannique. Dans le budget fédéral de 1991, les restrictions applicables à ces financiers 1990-1991 et 1991-1992, dans les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et de la faites en vertu du Régime d'assistance publique du Canada à 5 p. 100, pour les exercices la pauvreté. Le budget fédéral de 1990 limitait l'augmentation des dépenses fédérales subventionner le coût des services sociaux offerts aux personnes vivant sous le seuil de provinciaux. En soutenant les programmes sociaux des provinces, il contribue à sont partagés également entre le gouvernement fédéral et les gouvernements Canada (RAPC) en proportion de leur clientèle. Le RAPC est un programme dont les frais modestes allocations quotidiennes offertes par le Régime d'assistance publique du engager du personnel, que sur des subventions gouvernementales limitées et de financement de base. Elles ne peuvent compter, pour assurer leur fonctionnement et La plupart des maisons de transition fonctionnent et ont toujours fonctionné sans avec des manifestations de brutalité.

subissent chaque jour le stress que comporte le fait d'être confrontées quotidiennement à leur domicile pour qu'elles puissent y prendre leurs effets personnels. Ces travailleuses problèmes familiaux. Les travailleuses accompagnent également les femmes en cour et personnel offre du counselling en matière d'agression sexuelle, d'inceste et de et des spécialistes en counselling d'urgence. Dans certaines maisons de transition, la protection voulu et s'occupent de les mettre en communication avec d'autres services services sociaux, financiers, juridiques, de santé et de logement. Elles leur assurent la Les travailleuses des maisons de transition aident les résidentes à traiter avec les

qui ne peuvent frapper à aucune autre porte pour obtenir appui et sécurité (5:126).
d'hébergement, lesquelles sont plutôt des solutions de dernier recours pour les femmes général parce que les femmes financièrement à l'aise ne s'adressent pas aux maisons fait remarquer qu'il n'existe pas de statistiques précises sur les femmes battues en l'aide sociale et ne reçoivent pas beaucoup d'appui de la part de leur famille. Le témoin a d'hébergement dans sa province : celles-ci sont âgées de 25 à 35 ans, bénéficient de Comité le portait type des femmes qui ont recours aux services des maisons et des refuges d'urgence pour femmes battues du Nouveau-Brunswick, a fait pour le quelques mois. Simone Harris, représentante de la Coalition des maisons de transition

RECOMMANDATION 8

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative, dans sa propre sphère de compétence, de supprimer les obstacles systémiques qui empêchent les femmes de jouir de la sécurité voulue et de chances égales, et qu'il encourage les provinces à faire de même.

RECOMMANDATION 9

Le Comité recommande que le Parlement donne à l'Association des femmes parlementaires du Canada le mandat de réaliser une étude et de présenter un rapport, d'ici six mois, sur les obstacles systémiques actuels à la pleine participation des femmes au sein de la Chambre des communes et de ses services de soutien, et de formuler des recommandations en vue de leur suppression.

RECOMMANDATION 10

Le Comité recommande de confier au Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme la responsabilité des programmes de sensibilisation des parlementaires à l'égalité des sexes.

F. FINANCEMENT DES MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES BATTUES

Les travailleurs qui traitent directement avec les femmes victimes d'agression physique et sexuelle et leurs enfants et leur fournissent des conseils, un appui, des moyens de défense et un abri, ont souligné au Comité la pénurie de services nécessaires pour venir en aide au grand nombre de victimes dans le besoin. Les services à l'intention des femmes battues et pour des victimes d'agression sexuelle sont, pour la plupart, offerts par des organismes dont les ressources financières sont insuffisantes et incertaines.

Il existe au total 292 maisons de transition pour les femmes battues et leurs enfants au Canada (Canada, *Maisons de transition et d'hébergement pour femmes victimes de violence au Canada*, Santé et Bien-être social Canada, 1989). Initialement mises sur pied par des groupes de femmes oeuvrant dans leur collectivité, les maisons de transition sont souvent la seule solution pour les femmes démunies ou sans appui. Ces maisons offrent aux femmes battues et à leurs enfants un milieu de vie sûr à court terme. Elles constituent le premier pas qui leur permettra de briser le cycle de la violence et de la domination. La durée du séjour peut varier de quelques jours, à quelques semaines ou

Sylvia Siuoff, attachée de recherche auprès de la Fédération canadienne des étudiants, a affirmé au Comité qu'il était très difficile, dans le cas d'étudiants, de prouver qu'il y a eu harcèlement sexuel ou discrimination sexuelle, car s'il existe, à l'échelle nationale et provinciale, des codes relatifs aux droits de la personne régissant le harcèlement sexuel en matière de travail, de logement et de services, il n'existe rien de tel en milieu universitaire. Selon elle, il faudrait modifier les chartes des droits de la personne aux niveaux fédéral et provincial.

Le Comité reconnaît que la loi actuelle sur les droits de la personne ne prévoit pas de mesures et de procédures exécutives visant à protéger les hommes et les femmes contre toute forme de harcèlement sexuel et de discrimination sexuelle dans les établissements d'enseignement. Le Comité estime que le Parlement devrait donner le ton dans ce domaine.

Pour arriver à créer un milieu où les hommes et les femmes bénéficient de chances égales, un milieu libre de toute violence, il ne suffit pas d'adopter une loi pour exiger que les hommes et les femmes soient traités sur le même pied. Le fait de consacrer le principe de l'égalité dans une loi, comme cela s'est fait au Canada avec l'adoption de l'article 15 de la Charte des droits et libertés, ne signifie pas nécessairement qu'il y aura l'égalité dans les faits. Pour les Canadiennes, l'égalité des femmes dans un milieu libre de toute violence demeure un objectif qui n'a pas encore été atteint, et non une réalité.

La discrimination systémique nuit à l'égalité de fait. Elle empêche les femmes, en tant que groupe, d'atteindre une égalité réelle. Par exemple, les obstacles systémiques peuvent empêcher les femmes d'avoir accès aux tribunaux, de pratiquer certaines professions ou d'occuper certains postes, ou encore, si elles y parviennent, d'assumer pleinement leur rôle dans ces domaines. Il faut adopter des mesures d'action positives dans le but d'abord de cerner les obstacles qui nuisent à l'avancement des femmes, et ensuite de les éliminer.

L'Agence canadienne de développement international (ACDI) a élaboré une politique qui s'intitule *Les femmes dans le développement : Plan d'action de l'ACDI*. Aux termes de cette politique, l'Agence doit procéder à une évaluation des incidences que chaque projet de développement peut avoir sur les femmes. Les obstacles systémiques qui nuisent à la pleine participation des femmes doivent obligatoirement faire l'objet d'une analyse, dans le cadre de chaque projet, et ce, en vue d'être éliminés. Ainsi, l'impact que chaque initiative entreprise par l'ACDI peut avoir sur les femmes est considéré comme une question cruciale et importante qui doit être prise en compte et résolue de façon à assurer l'égalité des femmes.

M^{me} Remus a donné au Comité des exemples récents de sexisme, de harcèlement et d'agression dont des étudiantes de collèges et d'universités du Canada ont été victimes (6:5-6).

En septembre 1989, à l'Université Queen, en réaction au slogan «Non, c'est non», utilisé lors d'une campagne de sensibilisation au viol par une connaissance, des étudiants ont affiché les slogans suivants : «Si elle dit non, tu lui donnes un coup de poing sur la gueule» et «Si elle dit non, tu l'attaches».

En septembre 1989, à l'Université Wilfrid Laurier, plusieurs paires de petites culottes, dérobées à leurs propriétaires, ont été accrochées sur le mur de la salle à manger de l'Université après avoir été barbouillées de ketchup et d'autres substances représentant des excréments et du sang.

En décembre 1989, à l'Université de l'Alberta, au cours d'une soirée de sketches organisée par la faculté de génie, lorsqu'une étudiante est montée sur la scène avec des personnages qui maniaient des armes à feu jouets, des centaines de personnes dans la salle ont commencé à crier «Tire sur cette salope, tire sur cette salope».

En juillet 1990, à l'Université de Waterloo, des étudiants de sexe masculin ont obligé une étudiante à lire des lettres explicites sur un magnétoscope et ont menacé de la maltraiter si elle ne leur obéissait pas.

En octobre 1990, à l'Université de Colombie-Britannique, vingt-deux étudiants de sexe masculin ont envoyé à 300 étudiantes des invitations obscènes à un jeu de tir à la corde; ces invitations contenaient des menaces de viol et de violence.

Pendant le semestre d'automne de 1990 à l'Université Carleton, on a signalé deux cas d'agression sexuelle, six cas d'outrage public à la pudeur, un cas de propos indécents au téléphone, huit cas de harcèlement sexuel et cinq cas de harcèlement par téléphone. Il ne s'agit là que des cas signalés.

Au cours du même semestre, à l'Université d'Ottawa, on a signalé 33 cas d'outrage public à la pudeur, un cas d'agression sexuelle, six cas de voies de fait, huit cas de propos indécents au téléphone et au moins quatre cas de harcèlement sexuel.

Le 6 décembre 1989, quatorze étudiantes en génie, de l'Université de Montréal, ont été tuées par un homme qui disait détester les féministes. Il s'agit de l'acte de violence le plus tragique qui ait jamais été commis contre des femmes sur un campus canadien.

M^{me} Remus a mis fin à son témoignage en disant que «malheureusement, la liste s'allonge dans toutes les universités et tous les collèges canadiens» et en insistant sur la nécessité de mener de toute urgence une campagne de sensibilisation auprès de la population sur la violence faite aux femmes au Canada.

Le Comité a appris que la violence contre les femmes est très répandue dans les universités canadiennes. Mme Rhona Steinberg, présidente du Comité sur le statut de la femme de la Société canadienne de psychologie, a fait remarquer que, contrairement à la croyance populaire, la violence contre les femmes se manifeste chez les étudiants des universités, c'est-à-dire les riches, les plus instruits et les personnes soi-disant informées (12:43).

Elle a fait état des conclusions d'une étude réalisée sur trente-quatre campus universitaires des États-Unis, auprès de 6 000 étudiants. Plus de 15 p. 100 des femmes ayant participé à l'étude ont signalé avoir été violées par une connaissance, selon la définition juridique du terme. De plus, 84 p. 100 des hommes dont le comportement répond aux critères de cette même définition, ont soutenu n'avoir certainement pas commis un viol. D'après une autre étude réalisée aux États-Unis, 32 p. 100 des universitaires mâles ont dit qu'ils n'hésiteraient pas à violer s'ils étaient absolument sûrs de ne pas se faire prendre. Le pourcentage est passé à 50 p. 100 lorsque l'on a remplacé le terme «viol» par l'expression «agression sexuelle». Pour Mme Steinberg, ces résultats montrent que nous devons éduquer les jeunes gens sur ce qu'est le viol et sur ses conséquences pour les victimes. Elle a également fait remarquer qu'une étude réalisée à l'Université du Manitoba au milieu des années 80 a montré que le pourcentage des étudiantes violées au Canada était semblable (12:44).

Mme Steinberg, qui participe actuellement à une enquête nationale sur la fréquence des viols commis par des connaissances sur les campus universitaires canadiens, a dit au Comité que «le viol commis par une connaissance à l'occasion d'une sortie est plus insidieux que le viol perpétré par un étranger, parce que nous savons qu'il faut se méfier des étrangers. Lorsque le viol est le fait d'une connaissance, nous ne savons plus à qui faire confiance. Nous ne nous fions même plus à notre propre jugement. Si l'on blâme la victime dans le cas d'un viol commis par un étranger, il n'est pas étonnant qu'on le fasse dans le cas d'un viol commis par une connaissance» (12:49).

Dans son témoignage, Catherine Remus, agent de liaison avec le gouvernement pour la Fédération canadienne des étudiants, a fait remarquer que la communauté universitaire est le miroir de la société et de ses travers, y compris de l'inégalité qui existe entre les hommes et les femmes. Parmi les obstacles auxquels font face les femmes qui poursuivent des études postsecondaires, il y a «l'utilisation d'un langage et d'un matériel didactique sexistes dans la salle de classe, d'articles sexistes dans les journaux étudiants, de graffiti haineux et humiliants, la discrimination systémique, le harcèlement et l'agression à caractère sexuel» (6:5).

victimimes de violence.

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative en matière de sensibilisation des juges à l'égalité des sexes en exigeant que les juges de l'article 96 (nommés par le gouvernement fédéral) suivent une formation de base et de rappel sur la violence faite aux femmes et sur les questions connexes d'égalité des sexes. Il devrait aussi encourager les provinces à en exiger autant des juges dont la nomination relève d'elles. Il faudrait que les programmes de formation soient élaborés en consultation avec les organismes d'aide aux femmes

RECOMMANDATION 7

De l'avis du Comité, il faudrait que la sensibilisation des juges à l'égalité des sexes soit obligatoire et que le contenu du cours soit établi en collaboration avec les organismes oeuvrant directement auprès des femmes victimes de violence ainsi qu'avec des juristes. L'apport et le soutien de travailleurs bien au fait des besoins et des expériences de ces femmes faciliteront l'établissement d'un programme pertinent.

Le Comité connaît l'existence du Centre canadien de la magistrature, qui a été créé à l'Université d'Ottawa en 1989. Le Centre a pour mandat de concevoir et de coordonner des services éducatifs pour les juges encore en fonction, à tous les niveaux, dans l'ensemble du Canada. Cette école nationale est gérée par et pour des juges. On y offre des cours de formation de base et de rappel sur différentes questions juridiques, par exemple, la rédaction de jugements, les preuves criminelles, l'interprétation de la Charte canadienne des droits et libertés et le prononcé de la sentence. On y organise également des ateliers de perfectionnement professionnel axés, entre autres choses, sur l'évolution des valeurs dans la société et, en particulier, le phénomène de la violence faite aux femmes, sur l'égalité des sexes et sur la diversité culturelle. La participation des juges est entièrement volontaire. Le Comité trouve encourageante l'inclusion de cours sur l'égalité des sexes dans le programme du Centre canadien de la magistrature. Toutefois, parce que la participation est volontaire, le Comité craint que ce soit précisément les juges qui ont besoin d'être sensibilisés à la question qui omettent de s'inscrire.

Tous les témoins qui ont abordé le sujet des tribunaux et de leur perception des questions touchant les femmes ont souligné la nécessité de sensibiliser les juges à la violence faite aux femmes. Tous sont d'avis qu'il faudrait obliger ceux-ci à suivre une formation sur les questions d'égalité des sexes, si nous voulons obtenir leur collaboration en la matière. Le Comité abonde dans le même sens.

d'acculturation des enfants. D'après la moralité ou le sens des valeurs des gens d'ici, il semblerait plutôt qu'une fille soit prête pour les relations sexuelles lorsque commencent ses menstruations.

En 1984, un homme reconnu coupable d'agression sexuelle avec violence contre sa fille a été condamné à six mois de prison. Le juge a justifié sa clémence en ces termes :

Je peux tenir compte du fait que (l'accusé) n'a pas de casier judiciaire; il n'a jamais auparavant entretenu la loi; c'est un chasseur qui subvient aux besoins de sa famille selon le mode traditionnel. Rien n'indique qu'il soit autre chose qu'un bon chasseur et un bon pourvoyeur pour sa famille.

En 1989, un homme qui avait plaidé coupable à quatre accusations d'agression sexuelle pour avoir caressé des fillettes de 9 à 12 ans a été condamné avec sursis à 300 heures de travail communautaire. Le juge a déclaré :

Je vais prendre un risque dans ce cas et ne pas l'envoyer en prison pour ces agressions sexuelles mineures.

En 1989, Pauktuutit et d'autres organismes féminins du Nord ont demandé un examen complet du système judiciaire dans le Nord et le renvoi du juge Bourassa pour avoir tenu les propos suivants :

La majorité des viols dans les Territoires du Nord-Ouest ont lieu quand la femme est ivre morte. Un homme passe, voit une paire de hanches et se sert . . . C'est en contraste total avec les cas que l'on me soumettait auparavant (dans le sud du pays) où c'était des petites étudiantes qui se faisaient agresser par derrière.

Aruna Papp, qui représentait le Service de soutien des familles sud-asiatiques, a travaillé 14 ans avec les femmes battues de la communauté sud-asiatique du Canada. Elle a déclaré ceci au Comité :

Les tribunaux sont peu sensibles au problème des femmes battues en général. Peu importe la communauté culturelle dont elles font partie . . . C'est très décourageant et il reste beaucoup de travail de sensibilisation à faire. Cela n'a rien à voir avec la culture; toutes les femmes ont ce problème. (9:13)

Le Comité pense, en accord avec les témoins, que les commentaires de ces magistrats, et d'autres semblables, illustrent une incompréhension culturelle et masculine fondée sur des stéréotypes et des mythes négatifs entretenus à l'égard des femmes, de la sexualité et de la violence. Ces perceptions des juges ont eu pour effet d'amoindrir ou de nier la gravité de la violence et de ses répercussions sur la victime. Le Comité estime que tant que les tribunaux ne réagiront pas à ces manifestations de violence contre les femmes de manière à dissuader les agresseurs ou à les dénoncer, les femmes continueront d'être doublement pénalisées par les instances pénales et les tribunaux de la famille du pays.

Le Comité a également entendu le témoignage de représentants du Comité de coordination régional d'Ottawa-Carleton concernant les femmes battues, une coalition d'organismes communautaires qui offrent des services aux femmes, allant des maisons d'accueil et des groupes de soutien pour les femmes, aux services de policiers, médicaux et juridiques. Ann Sharp a parlé de deux jugements rendus récemment dans la région d'Ottawa-Carleton, qui ont eu pour effet de pénaliser doublement les femmes concernées et leurs enfants (13:44-45).

Je connais une femme dont l'ex-partenaire a été trouvé coupable de voies de fait graves contre elle. Il l'avait suspendue à une poutre de grange, nue, et l'avait fouettée jusqu'à ce qu'elle perde connaissance. L'agression a eu lieu devant les trois enfants de l'homme. Celui-ci a été condamné à une amende de 200 \$ et à trois ans de probation sans surveillance. La femme n'en croyait pas ses oreilles quand l'homme a aussi été condamné à 1 500 \$ d'amende pour possession de gibier braconné. Si l'on en juge par cette peine, il semble que les originaux et les chevreuils sont mieux à l'abri de cet homme que la femme qu'il a torturée.

Un autre homme a passé cinq semaines en prison et a été trouvé coupable d'agression armée et de menaces. Moins d'une semaine après qu'il eût été condamné à trois ans de probation surveillée, ce qui en soi est déjà très rare, un autre juge, dans le même palais de justice, a accordé à cet agresseur la garde de deux petites filles, l'une âgée de quatre ans, l'autre de deux ans. Le deuxième juge, au courant des poursuites pénales . . . a statué que le retour aux études de la mère et le fait qu'elle habitait dans un refuge pour femmes battues étaient plus nocifs pour les enfants que les actes de violence du père. L'homme a emmené les enfants chez lui, à 3000 milles de distance. Depuis, j'ai vu des mères payer très cher leur tentative de se refaire une vie . . .

Rosemarie Kuptana, membre de Pauktuutit (Association des femmes inuit), a cité un certain nombre d'exemples de commentaires passés par des magistrats et de peines indulgentes imposées dans des causes d'agression sexuelle dans le Nord, dont la portée constitue, de l'avis de l'organisme, une violation du «droit constitutionnel des femmes inuit des Territoires du Nord-Ouest à la sécurité de la personne ainsi qu'à la protection et aux garanties offertes par la loi» (4:94). Voici quelques-uns des exemples mentionnés. (4:95-96)

En 1984, le juge R.M. Bourassa, de la cour territoriale des Territoires du Nord-Ouest, a condamné trois hommes à une semaine de prison pour avoir abusé d'une fille de 13 ans, handicapée mentalement. En prononçant la peine, le juge a montré quelle était sa perception de la culture inuit :

En ce qui concerne les rapports sexuels, les gens de l'est de l'Arctique ne semblent pas à première vue imposer de restriction d'âge. Des expressions comme «violation au sens de la loi», «âge nubile légal» ou autre laissant entendre une interdiction ne font pas partie du vocabulaire

Un juge de la Colombie-Britannique a condamné avec sursis un gardien d'enfants de 33 ans qui avait agressé une petite fille de trois ans, parce que selon lui, «celle-ci s'était montrée agressive sur le plan sexuel».

D'après Mme Steinberg, ces exemples font comprendre aux hommes et aux femmes, aux jeunes et aux plus âgés, qu'il est acceptable pour les hommes d'agresser les femmes et que ces dernières doivent porter la responsabilité d'une possible agression. Elle s'est en outre indignée du fait que : «Les agressions contre les femmes sont le seul crime où la victime est blâmée» (12:47).

Lors de sa comparution devant le Comité, Soeur Cécile Renault de la Coalition des maisons de transition et des refuges d'urgence pour femmes battues du Nouveau-Brunswick, a raconté l'expérience vécue par une femme battue en cour criminelle.

Je vais vous citer l'exemple d'une femme que j'ai accueillie dans le refuge où je travaille. Avant d'arriver au refuge, cette femme avait été hospitalisée pendant trois jours. C'est dire qu'elle avait été durablement battue. La police avait déposé des accusations. Trois mois plus tard, elle était convoquée au tribunal, à titre de témoin, en présence de son mari et agresseur. Bien entendu, son témoignage était important, puisqu'elle était le seul témoin. Elle a raconté par la suite qu'elle était totalement paralysée. Étant donné qu'elle était incapable d'ouvrir la bouche, le juge l'a condamnée pour outrage au tribunal. Il lui a donné cinq jours de prison pour refus de témoigner. L'avocat a rencontré le juge qui a finalement modifié sa décision. À l'extérieur du tribunal, le juge a dit qu'il voulait simplement lui faire peur. Elle avait tellement peur qu'elle ne pouvait pas parler. Voilà qui illustre bien mon propos quand je dis qu'il faudrait sensibiliser les juges aux épreuves que les femmes ont parfois à subir. (5:118-119)

Les témoins du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal et de la Fédération des CLSC ont parlé de l'existence d'un mécanisme de communication entre les deux organismes dans les cas de voies de fait contre l'épouse. John Kousik, du Service de police de la Communauté urbaine de Montréal et Michelle Doyon, de la Fédération des CLSC se sont dits inquiets, dans leur présentation commune, par le manque de compréhension et de sensibilité du système judiciaire à l'égard des problèmes des épouses victimes de voies de fait. Lorsqu'un juge libère un homme accusé d'agression contre son épouse avant l'audition de sa cause, a fait remarquer M. John Kousik, les conditions de libération imposées sont souvent insuffisantes pour protéger la victime contre d'autres agressions.

Il arrive très souvent que nous devions expliquer les raisons justifiant une libération sous caution ou sur parole, ainsi que les conditions fixées jusqu'à l'audition de la cause. Il y aurait peut-être lieu que l'appareil judiciaire assume cette responsabilité et prenne conscience de l'angoisse, de la crainte ainsi que de la douleur exprimées par la victime. (10:8)

Juges ont des idées bien précises quant à la façon dont les femmes doivent se comporter et quant à leur rôle dans la société, idées fondées sur des stéréotypes sexuels et sur des mythes, dont la prise en considération dans le processus judiciaire est susceptible d'être préjudiciable aux femmes.

Cette question a été reprise par Bertha Wilson, alors juge à la Cour suprême du Canada, dans une communication qu'elle a faite à l'*Osgoode Hall Law School* en février 1990. Madame le Juge Wilson a cité des études américaines qui confirment que les juges masculins tendent à adhérer aux valeurs et aux croyances traditionnelles à propos de la nature de l'homme et de la femme, ainsi qu'à propos de leurs rôles respectifs dans la société. Elle a ajouté que ces études prouvent sans l'ombre d'un doute que les mythes, les préjugés et les stéréotypes sexuels sont profondément ancrés dans les attitudes des juges masculins, ainsi que dans la loi elle-même. (B. Wilson, *Gazette*, Société du barreau du Haut-Canada, Vol. XXIV, n° 4, décembre 1990, p. 265).

Des témoins qui ont comparu devant le Comité ont cité plusieurs affaires judiciaires relatives à la violence sexuelle et physique faite aux femmes. Dans chaque exemple, le juge a fait preuve, dans ses commentaires et dans la condamnation du contrevenant, d'une insensibilité à l'égard de la victime et d'un manque de compréhension en ce qui concerne les effets du tort causé par la violence. Le Comité a été frappé par les nombreux exemples des commentaires de juges qui tendent à excuser la violence faite aux femmes et à en rejeter la responsabilité sur la victime. Tout en reconnaissant qu'il existe des juges sensibilisés aux questions relatives à l'égalité des sexes, le Comité est aussi d'avis que beaucoup de juges ont besoin d'être sensibilisés à ces problèmes, tant pour surmonter certains préjugés avilissant les femmes que pour prendre conscience des nouveaux rôles de l'homme et de la femme au sein de la société canadienne.

Selon le Comité, les affaires mentionnées ci-après qui ont été soulevées par les témoins, révèlent un manque de justice dans le processus judiciaire actuel et mettent en évidence l'urgence des mesures à prendre.

M^{me} Rhona Steinberg, de la Société canadienne de psychologie, Comité sur la condition féminine, a cité les commentaires suivants faits par des membres de la magistrature (12:46-47).

Un juge du Québec a déclaré dans une cause d'agression : «comme on dit, les règles, comme les femmes, sont faites pour être violées».

Un juge de la Nouvelle-Écosse a dit en cour à une femme battue : «les femmes doivent respecter leurs maris.» Selon le témoin, ce même juge a été reconnu coupable d'avoir agressé sa propre femme.

Le système de justice pénale est le processus par lequel la société dénonce les agresseurs reconnus coupables et leurs actes. Au tribunal, le juge joue le rôle d'arbitre; lors d'une poursuite criminelle, le juge doit évaluer la pertinence des preuves et établir la vérité. Dans un procès civil, le juge doit résoudre les différends opposant deux parties. Dans notre système judiciaire contradictoire, les juges sont traditionnellement considérés comme faisant preuve d'impartialité lorsqu'ils appliquent et interprètent la loi. Toutefois, ainsi que des témoins l'ont fait remarquer au Comité, cette tâche est extrêmement discrétionnaire et les juges sont soumis à toutes sortes d'influences; toute interprétation faite dans le cadre d'une décision judiciaire dépend en fait de nombreux facteurs. En effet, le raisonnement juridique est influencé par les valeurs, les expériences, les attitudes et les hypothèses du juge. Par conséquent, selon des témoins, certains

D. SENSIBILISATION DES JUGES AUX QUESTIONS LIÉES À L'ÉGALITÉ DES SEXES

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative en matière de sensibilisation des forces de l'ordre à l'égalité des sexes et exige des agents de police fédéraux (GRC) qu'ils suivent une formation obligatoire et de rappel axée sur la fréquence des manifestations de violence contre les femmes et les enfants, leurs symptômes, leurs conséquences pour les victimes et les moyens à prendre pour répondre aux besoins des victimes. Le contenu des cours devrait être établi de concert avec les organismes de première ligne oeuvrant auprès des femmes victimes de violence. Le gouvernement fédéral devrait mettre à la disposition des gouvernements provinciaux et des administrations municipales les ressources nécessaires pour leur permettre d'obliger leurs employés préposés aux services sociaux, aux soins de santé et à l'application des lois à suivre eux aussi ces cours.

RECOMMANDATION 6

Le Comité sait que certains organismes communautaires ont pris des mesures visant à modifier les attitudes de leur personnel face à la violence et ont mis au point des protocoles et des méthodes permettant de réagir à la violence faite aux femmes et aux enfants. Selon certains témoins toutefois, cette façon de réagir globalement et en toute connaissance de cause à la violence ne se retrouve pas également dans tout le pays. Le Comité est d'avis que les organismes d'accueil, qui représentent souvent l'un des premiers recours des victimes, ont la responsabilité morale, professionnelle et sociale d'être réceptifs et de savoir répondre aux besoins des femmes.

D'après son expérience, Michelle Doyon du Regroupement des CLSC du Québec, croit que les femmes ont honte et se sentent responsables de la violence dont elles sont victimes. Lorsqu'elles se font soigner pour des problèmes physiques et psychologiques, comme des maux de tête, d'estomac, de l'insomnie et de la dépression, elles ne font pas le lien entre ces maladies et les mauvais traitements qu'elles subissent. Selon elle, les préjugés et le manque de connaissance des médecins empêchent ces derniers d'aller au-delà des symptômes et de poser les questions qui aideraient les femmes à se rendre compte du rapport entre leurs problèmes et la violence dont elles font l'objet (10:13).

Le Comité a entendu des témoignages soulignant la nécessité pour les médecins, les infirmiers et infirmières des salles d'urgence, les forces de l'ordre et les travailleurs sociaux d'être sensibilisés aux problèmes des voies de fait contre l'épouse, de l'agression sexuelle et de la violence dans les fréquentations. Certains professionnels n'auraient qu'une connaissance sommaire des indices d'agression, des techniques d'intervention en matière d'écoute et de soutien, des traitements pertinents et des ressources communautaires existantes. Ils sont, semble-t-il, réticents à s'occuper des cas de voies de fait contre l'épouse ou d'abus physiques et sexuels mettant en cause des enfants. Les témoins ont l'impression qu'en omettant d'apporter une aide suffisante et globale aux victimes de violence, les professionnels confirment et renforcent l'opinion générale voulant que le foyer familial est un domaine privé où l'autorité de l'homme sur son épouse et ses enfants est exclusive, et que ce sont les victimes de mauvais traitements ou d'agressions qui sont, en fait, responsables de ce qui leur arrive.

FEMMES

C. SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS À LA VIOLENCE FAITE AUX

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces, les territoires et les professionnels concernés, encourage la mise en oeuvre de programmes scolaires d'initiation aux médias dans toutes les écoles secondaires. Les programmes d'initiation aux médias enseignent aux élèves à faire preuve de discernement face aux représentations et aux messages des médias notamment en matière de violence faite aux femmes.

RECOMMANDATION 5

à ses effets. Il considère l'initiation aux médias comme un élément important de la sensibilisation à la prévention de la violence, qui permet aux élèves d'évaluer de façon critique la violence et la représentation des sexes véhiculées par les médias.

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces, fasse en sorte que les politiques régissant les établissements scolaires, les parcs, les services récréatifs et les organismes de sport amateur, permettent d'éliminer les pratiques de nature à faire obstacle à la pleine participation des filles et d'offrir à tous le même accès et les mêmes chances d'épanouissement.

Certains des témoins qui ont comparu devant le Comité se sont dits préoccupés par l'énorme influence des médias sur les comportements sociaux adoptés par les jeunes. Ils ont recommandé que l'étude des représentations de la violence par les médias et de leurs effets sur le comportement fasse partie du programme des écoles secondaires. Judith Posner de l'*Association for Media Literacy*, a mentionné au Comité que divers médias, dont la plupart s'adressent au grand public, comme les films en vogue, la publicité de la mode, les vidéos de musique rock et la pornographie, représentent les thèmes de la violence et dépeignent ce comportement en insistant sur l'inégalité des sexes et l'existence de la coercition. Leur message donne à penser que les femmes se plaisent dans la douleur, la violence, l'assujettissement. Dans certains «films de mutilation», les jeunes filles et les femmes qui sont indépendantes sont les victimes et paient le prix de leur autonomie. Selon Mme Posner :

Les médias . . . servent à renforcer le statu quo et à légitimer des activités où les femmes sont présentées comme les victimes idéales. (5:66)

L'*Association for Media Literacy* a été créée en Ontario en 1978. Son objectif est de sensibiliser les élèves des écoles secondaires à l'omniprésence des médias et à leur important rôle social, commercial et politique dans le développement de l'individu au sein de la société. L'Association est composée d'enseignants qui cherchent à créer chez les jeunes plongés dans la culture médiatique l'aptitude à analyser le message des médias. Les membres de l'Association croient que l'initiation aux médias, qui est un élément obligatoire du programme d'études secondaires dans la province de l'Ontario, est nécessaire pour bien comprendre les images transmises par les médias, dont celles qui comportent de la violence envers les femmes. Mme Posner a fait remarquer que l'Association n'est pas en faveur de la censure, mais qu'elle vise plutôt à placer la représentation des sexes dans un contexte précis et à encourager les jeunes à voir d'un œil plus critique le message des médias.

Le Comité a conscience de l'influence omniprésente et énorme des médias dans notre culture. Il s'inquiète également de l'image des femmes que véhiculent les médias destinés au grand public, parce que celle-ci légitime la violence et désensibilise le public

L'école joue un rôle essentiel dans le façonnement des comportements sociaux. Des témoins ont fait remarquer que les enseignants sont bien placés pour accroître les connaissances de leurs élèves, pour les sensibiliser davantage à des questions telles la violence, la sexualité, les relations entre hommes et femmes et l'inégalité des sexes, ainsi que pour susciter des discussions à cet égard sans que les élèves ne ressentent de gêne. Un bon enseignement peut contribuer à rompre le silence et à dissiper le mythe voulant que la violence familiale ou à l'intérieur d'un couple ne regarde personne. Les élèves se sentent donc ainsi plus libres d'en débattre. Le Comité voit d'un bon oeil et appuie le travail de la Fédération canadienne des enseignantes et enseignants. La Fédération a mis au point un guide intitulé *Pouce! La prévention en milieu scolaire de la violence faite aux femmes*, qui renferme des exemples de leçons conçues pour toutes les classes, à partir de la maternelle jusqu'à la 12^e année. Suivant le groupe d'âge cible, ce guide encourage les discussions et les activités en classe qui visent à enseigner aux garçons comme aux filles la non-violence dans les rapports humains, la responsabilité de ses propres actes, le développement affectif, les effets des stéréotypes sexuels et l'influence des médias sur les rôles des hommes et des femmes. Le Comité convient que des cours de prévention de la violence devraient constituer une partie essentielle du programme d'études de tous les réseaux scolaires au Canada, à partir de l'école élémentaire jusqu'à la fin de l'école secondaire.

RECOMMANDATION 3

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces, les territoires et les professionnels concernés, favorise l'application dans tout le pays de programmes scolaires de prévention de la violence rigoureux et uniformes. Le gouvernement fédéral devrait faire en sorte que ces programmes traitent expressément des questions d'égalité des sexes et soient obligatoires dans toutes les écoles primaires et secondaires.

Selon les témoignages entendus par le Comité, les croyances, les attitudes et les habitudes sociales à l'origine des inégalités entre les hommes et les femmes influent sur les programmes scolaires et parascolaires offerts aux garçons et aux filles par l'entremise des établissements scolaires, des parcs municipaux ainsi que des services et organismes récréatifs, dont le financement est souvent assuré à même les fonds publics. Le Comité croit qu'il faudrait tout mettre en oeuvre pour éliminer le sexisme et les barrières sociales fondées sur le sexe qui désavantagent les femmes et compromettent, par conséquent, leur épanouissement.

Il faut se fermer les oreilles et continuer de vivre comme si de rien n'était. Parfois on n'a pas le choix — ce sont les rues ou bien c'est votre père qui vous « achale » ou encore votre frère ou un oncle. Est-ce que les hommes cessent un jour de vous voir juste comme un objet sexuel? La vie est triste pour la plupart des gens. Je sais que je dois être forte, personne ne prendra soin de moi . . .

À qui peut-on faire confiance de nos jours? Je ne peux pas être certaine que ça ne va pas m'arriver. Est-ce que je pourrais dire non si jamais mon père? (4:8)

Les garçons vous forcent à faire des choses que vous ne voulez pas faire — ils présument que vous accepterez. J'ai peur de marcher dans la rue le soir, j'ai vraiment très peur d'être violée. (4:9)

Selon une étude menée en 1991 auprès de 1 000 élèves dans des écoles de London (Ontario), un nombre important de jeunes sont chaque soir témoins de violence familiale et beaucoup ont déjà une relation de couple dominée par la violence. Un très fort pourcentage des élèves avaient connaissance de violence parmi les couples de leur cercle d'amis : 54 p. 100 en tout et 60 p. 100 chez les filles. Une majorité importante d'élèves avaient l'expérience de la violence familiale — dans leur propre famille, ou dans leur entourage : 62 p. 100 en tout et 72 p. 100 chez les filles (5:53). *La London Family Court Clinic*, ainsi que d'autres cliniques du même type implantées dans tout le Canada, évaluent les causes impliquant de jeunes délinquants ainsi que les questions d'aide sociale à l'enfance, de garde et de droits de visite. Elles interviennent dans les affaires renvoyées aux tribunaux, dont la plupart sont liées à la question de la violence faite aux femmes. Peter Jaffe, directeur administratif de la clinique, est un fervent adepte des programmes de prévention de la violence dans les écoles et recommande que ceux-ci deviennent un volet essentiel de l'enseignement de base dans chaque réseau scolaire :

Nous sommes fondamentalement convaincus que la violence s'apprend, que les attitudes qui encouragent la violence contre les femmes s'apprennent. Elles s'apprennent en bas âge, et elles sont renforcées par ce que les enfants observent chez eux, par les images que leur renvoie la collectivité, surtout par l'entremise des médias . . . Nous estimons que toutes les écoles du pays devraient participer activement aux programmes de prévention contre la violence. (5:49)

M. Jaffe soutient que les écoles devraient enseigner « la lecture, l'écriture, le calcul et les relations, et en particulier les relations non violentes » (5:48). Après tout, les élèves d'aujourd'hui sont les conjoints, les parents, les membres du clergé, les travailleurs sociaux, les agents de police et les médecins de demain. La directrice administrative du *Metro Toronto Action Committee on Public Violence Against Women and Children* a repris en substance sa proposition. Patricia Marshall a en effet tenu les propos suivants devant le Comité : « Il est absolument essentiel de mettre au programme de toutes les classes, depuis la maternelle jusqu'à la 13^e année, un cours obligatoire portant sur la prévention en matière de violence » (5:98).

campagne devrait faire ressortir le caractère criminel de la violence faite aux femmes ainsi que la responsabilité de la société en matière de prévention.

RECOMMANDATION 2

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral engage des discussions avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour s'assurer qu'il y a au niveau communautaire assez de ressources pour répondre à la demande de services que suscitera la campagne multimédias sur la violence faite aux femmes.

B. COURS DE PRÉVENTION DE LA VIOLENCE DANS LES ÉCOLES

Plusieurs témoins ont affirmé devant le Comité que la prévention de la violence faite aux femmes devrait être une priorité nationale. Ils ont souligné l'impossibilité de modifier la nature fondamentale de la société canadienne sans d'abord s'attarder sur la façon dont la société influe sur les jeunes. Il faut donc que le système éducatif participe activement à la lutte contre la violence faite aux femmes.

Selon Kitty O'Callahan, présidente de la Fédération canadienne des enseignantes et enseignants, le contexte familial dans lequel vivent les élèves leur propose des modèles de répartition des pouvoirs, du contrôle et des punitions; ces modèles de comportement se manifestent ensuite à l'école. Les agresseurs et les victimes sont formés dès leur plus jeune âge. Aux dires de Mme O'Callahan :

Ceux qui observent les tendances dans le milieu éducationnel depuis l'extérieur du système sont de plus en plus portés à attirer l'attention publique sur la violence grandissante dans les écoles, sur le nombre croissant d'élèves à risque fréquemment nos écoles, sur le taux excessif d'abandon scolaire et sur un genre de désespoir fataliste qui caractérise beaucoup trop d'adolescents et d'adolescentes. Selon les recherches, ces genres de comportements correspondent tout à fait à ceux retrouvés chez les jeunes gens exposés à la violence domestique. Pourtant, nous n'entendons pas les experts établir une corrélation; nous ne les entendons pas tenter d'analyser l'influence qu'exerce le contexte où vivent les enfants sur les aspects plus évidents de leur formation scolaire. (4:10)

Le Comité a appris comment les menaces et la réalité de la violence provoquent des sentiments de vulnérabilité et de peur extrêmes chez les adolescentes au Canada. La Fédération a interviewé dans tout le pays près de 1 000 adolescentes de 11 à 19 ans au sujet de leur perception du monde et de la place qu'elles y occupent. Le sondage renfermait de nombreuses questions telles que «Énumère trois choses auxquelles tu as beaucoup pensé ces derniers jours». Voici certaines de leurs réponses :

Diane Lemieux a tenu les propos suivants au sujet des conséquences d'un projet de sensibilisation du public mis en oeuvre au Québec :

L'année passée, au Québec, il y a eu une campagne sur la violence conjugale et, en conséquence, le réseau des affaires sociales a été tout à fait inondé de demandes de femmes. Il y a eu des rumeurs. Il semble qu'on a cessé cette campagne parce que le réseau ne pouvait plus répondre à la demande. (13:16)

La demande des services a pratiquement triplé par suite d'une campagne de sensibilisation menée à Winnipeg. Marlène Bertrand, directrice de la Maison Osborne à Winnipeg, a déclaré ce qui suit au Comité :

Nous recevons normalement environ 500 appels téléphoniques par mois jusqu'à l'année dernière, c'est-à-dire jusqu'à ce que nous lancions une grande campagne dans les médias à l'échelle de toute la province, après avoir consulté le gouvernement. Depuis lors, nous recevons jusqu'à 1 300 appel par mois; ce sont des femmes qui nous appellent pour la première fois. (4:65)

Le Comité souscrit à l'affirmation voulant qu'il y ait un manque de conscientisation du public à l'égard de la violence faite aux femmes, auquel il importe de remédier sans délai. Une campagne nationale de sensibilisation du public permettrait de dénoncer la violence faite aux femmes, d'attirer l'attention sur l'importance d'assurer la sécurité personnelle des femmes, de dissiper les mythes et de faire participer à la prévention de la violence divers secteurs de notre société en commençant, à l'échelle nationale, par les législateurs. Le Comité est convaincu qu'une telle initiative doit s'accompagner d'une augmentation des fonds accordés aux ressources communautaires. De plus, il appuie la proposition de Gene Kravetz, présidente de la *Provincial Association of Transition Houses of Saskatchewan*, selon laquelle une campagne de sensibilisation du public ne devrait pas mettre uniquement l'accent sur les victimes d'actes de violence. Voici la mise en garde qu'elle a adressée au Comité à ce sujet :

Toute campagne visant à éduquer le public doit être soigneusement conçue de façon à ce qu'on ne demande pas aux gens d'avoir pitié de «ces pauvres femmes» et de «ces pauvres enfants». La campagne doit être conçue de façon à rendre responsable toute la société, parce que manifestement les racines de la violence contre les femmes plongent dans notre société et nos institutions sociales. Donc, il doit très clairement s'agir non pas d'eux et nous, mais de nous tous. (5:42)

RECOMMANDATION 1

Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative en matière de lutte contre la violence faite aux femmes en organisant une campagne nationale multimédias de sensibilisation au problème. La

Des témoins ont recommandé de lancer une campagne nationale de sensibilisation qui insisterait sur la responsabilité de la société face à la violence et à sa prévention. Ils ont souligné la nécessité de sensibiliser encore davantage le public, de tous les âges et de toutes les couches de la société, face au problème de la violence qui touche leurs filles, leurs épouses, leurs amies, leurs mères, leurs sœurs et leurs voisines. Il s'agit d'un problème qui touche tout le monde. Cette campagne pourrait, selon certains, s'apparenter à l'offensive lancée à l'échelle nationale pour faire échec à la conduite en état d'ivresse. Sheila McIntyre du Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes, a décrit ce qu'elle pense du programme national contre la conduite en état d'ivresse en ces termes :

Le gouvernement a eu recours à l'outil pénal et à la puissance de dissuasion des programmes RIDE. Il a lancé une vaste campagne afin de modifier profondément les attitudes des conducteurs et, au cours des sept dernières années, il a obtenu des résultats évidents. Les gens réprovoquent, aujourd'hui, la conduite en état d'ivresses. (4:38)

Une campagne de cette nature présente plusieurs avantages. Elle fait un appel à de nombreux secteurs différents de la société, suscite leur participation et partant, fait prendre conscience du problème à un plus grand nombre de gens. Elle suscite la pression des pairs, rendant ainsi le comportement en question socialement inacceptable. En fin de compte, elle a un effet préventif.

Les témoins ont été unanimes à reconnaître l'utilité de lancer des campagnes afin de sensibiliser le public au problème de la violence. Toutefois, la prise de conscience ainsi provoquée risque d'accroître le nombre de cas divulgués, et les ressources communautaires sont insuffisantes pour traiter de tous les nouveaux cas. En règle générale, une campagne de sensibilisation entraîne un afflux de femmes dans les maisons d'hébergement et les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle, une augmentation des inscriptions aux programmes spéciaux pour hommes violents et une surcharge de clientèle dans les centres de santé mentale et les établissements de traitement contre l'abus de substances psychoactives. Tout en donnant l'impression que des services d'aide sont accessibles, ces campagnes offrent rarement le financement supplémentaire dont ont besoin les organismes spécialisés pour répondre au nombre croissant de personnes sollicitant de l'aide. Lorsque des femmes arrivent à se sortir d'une relation dominée par la violence et cherchent un refuge, elles s'aperçoivent souvent qu'il n'y a pas de place pour elles et leurs enfants. Lorsqu'elles veulent suivre des séances de counseling et se faire traiter pour les abus à caractère sexuel dont elles ont été victimes dans leur enfance, elles apprennent qu'il y a une liste d'attente de six mois à un an. Elles sont donc doublement victimes.

A. CAMPAGNE NATIONALE DE SENSIBILISATION À LA VIOLENCE FAITE AUX

FEMMES

Des témoins des quatre coins du pays ont exprimé leur désarroi et leur frustration face à l'absence de reconnaissance et de compréhension de la violence faite aux femmes dans la société. Selon Patricia Marshall, la pénurie de connaissances dans ce domaine nous rend tous «terriblement inconscients» de la menace qui pèse sur la sécurité des femmes. Cet état de choses est particulièrement inquiétant, compte tenu des témoignages passés et récents montrant que la violence contre les femmes, qu'elle soit le fait de proches ou d'étrangers, existe depuis des siècles. Ces témoins ont insisté sur la nécessité de tenir une campagne nationale de sensibilisation pour mettre la question de la sécurité des femmes à l'ordre du jour.

Le Comité a appris que d'après les recherches effectuées dans ce domaine, le public pense que les agressions physiques et sexuelles contre les femmes sont le fait de pervers sans instruction issus de milieux pauvres. À moins que ces agressions n'entraînent de graves blessures corporelles, le public ne pense pas qu'elles puissent causer des dommages durables; bon nombre des victimes seraient en fait responsables de ce qui leur arrive parce qu'elles sont trop provocantes, trop attirantes sexuellement, trop en colère ou trop imprudentes. Ces attitudes nient le fait que la violence se manifeste dans toutes les couches de la société, minimisent les effets de la violence sur la victime, lui en font porter la responsabilité, excusent l'agresseur et ne reconnaissent pas, comme il le faudrait, le caractère criminel de la violence faite aux femmes. Selon certains témoins, une sensibilisation de masse permettrait de dissiper les mythes à propos de la violence et encouragerait le public à prendre conscience de ses responsabilités face à l'existence et à la prévention de ce phénomène.

Glenda Simms, présidente du Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, a souligné que la violence faite aux femmes va à l'encontre des intérêts de tous les membres de la société :

Le problème de la violence contre les femmes concerne les femmes, les hommes et l'ensemble de la société. Des changements en profondeur sont nécessaires pour y mettre fin. Nous devons profiter de la prise de conscience actuelle de ce problème. Nous devons viser à l'égalité de toutes les femmes en supprimant la violence qui les maintient dans un état de crainte et leur enlève, comme à tous les membres de la société, leur dignité. . . . La violence contre les femmes est moralement inacceptable et n'est pas non plus dans l'intérêt de notre société. (5:10)

En mai 1990, à Victoria (Colombie-Britannique), lors de leur rencontre annuelle, les ministres responsables de la condition féminine aux paliers fédéral, provincial et territorial ont publié une déclaration sur la violence faite aux femmes qui reconnaissait plusieurs grands principes :

1. La violence faite aux femmes est un crime couvert par la loi.
2. Les femmes ont le droit de vivre dans un milieu sûr.
3. Les agresseurs doivent être tenus responsables de leurs actes.
4. L'élimination de la violence faite aux femmes doit inclure la prévention, la sensibilisation du public, des services et l'application de la loi.
5. Chaque personne, collectivité et palier gouvernemental au Canada doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour aider les femmes, les enfants et les familles qui souffrent de violence. (1-22)

Le Comité est heureux de la déclaration de Victoria et trouve encourageant l'engagement pris par les gouvernements fédéral, provincial et territorial de créer pour les femmes, les enfants et les familles au Canada, un environnement sûr et dépourvu de violence. Les recommandations formulées dans le présent rapport témoignent de l'importance que le Comité attache à la recherche de solutions efficaces au problème de la violence faite aux femmes et du poids à accorder à cette déclaration.

La violence faite aux femmes est manifestement un problème à multiples facettes. Il s'agit d'un problème qui concerne le système de justice pénale, qui influe sur la santé mentale et physique et qui, en raison de sa portée sociale, nécessite une intervention à de nombreux niveaux : aide sociale, logements d'urgence à court terme et logements abordables à long terme, formation professionnelle, équité salariale et équité en matière d'emploi, éducation et services de garde de jour. Parallèlement, les solutions au problème de la violence faite aux femmes doivent venir des divers secteurs de la société canadienne, y compris de tous les paliers de gouvernement. Les provinces sont responsables de l'administration et de la prestation des services de santé, de l'éducation, de l'aide sociale et juridique. Toutefois, le Comité estime que le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de premier plan dans ce domaine afin de promouvoir l'importance des valeurs suivantes à l'échelle nationale : la dignité de la personne humaine, les droits de l'homme, le principe d'égalité, le droit à la sécurité de sa personne pour tous les Canadiens.

(5:8-9)

La crainte dans laquelle vivent les femmes est peut-être la conséquence la plus profonde et la plus répandue de la violence. Plus de 50 p. 100 des femmes des régions urbaines ont peur de marcher dans la rue le soir. Il est intolérable que les femmes ne puissent pas profiter des installations que leurs taxes ont payées. La crainte entretenue par les femmes va beaucoup plus loin que la crainte d'une agression physique ou sexuelle; elle inclut la crainte de ne pas être protégée par le système juridique, la crainte de l'intolérance et du racisme, la crainte pour la sécurité de leurs enfants et la crainte d'avoir à vivre dans une société marquée par la violence.

Dans son témoignage devant le Comité, Mme Glenda Simms, présidente du Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, a déclaré que les effets de la violence faite aux femmes, se manifestent également sous une autre forme :

(10:8).

Le système de justice pénale, y compris les services policiers, les tribunaux et les services correctionnels, doivent engager des dépenses énormes pour venir à bout de ce problème. Dans le rapport sur la violence faite aux femmes qu'elle a publiée en 1987, Linda MacLeod affirme que les dépenses occasionnées par les interventions policières et la prestation de services de soutien connexes en 1980 se sont élevées à 32 millions de dollars. Ce chiffre n'a rien d'étonnant, compte tenu des ressources policières considérables qui doivent être mobilisées pour intervenir dans les cas de violence conjugale. Par exemple, John Kousik, du Service de police de la communauté urbaine de Montréal, a indiqué au Comité que, depuis 1987, on avait signalé au service 19 817 cas de violence familiale, lesquels incluent tant les actes criminels que non criminels

Les constatations du rapport intitulé *La création de choix* publié récemment par le Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale, confirment l'adage selon lequel la « violence engendre la violence ». Selon l'étude, plus de 80 p. 100 des femmes interrogées qui sont incarcérées dans un pénitencier fédéral ont été victimes de mauvais traitements; 68 p. 100 ont affirmé avoir fait l'objet de sévices, et 54 p. 100 ont déclaré avoir été agressées sexuellement par des parents, des membres de la famille, des parents nourriciers, des employés d'institutions, des amis, leur époux ou encore leur conjoint de fait. L'incidence est encore plus élevée chez les femmes autochtones (Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale, *La création de choix*, Service correctionnel du Canada, avril 1990, p. 52).

La *Family Services Association of Metropolitan Toronto* offre des programmes de thérapie de groupe aux hommes qui maltraitent leur femme ou leur conjointe. Ann Nosko, travailleuse sociale et membre de l'Association, soutient que 75 p. 100 des hommes inscrits aux programmes ont été exposés à la violence dans leur famille d'origine (12:29).

Le système scolaire subit également le contre-coup de la violence dont sont victimes les enfants à la maison. Kitty O'Callaghan, présidente de la Fédération canadienne des enseignantes et enseignants, a décrit au Comité l'impact qu'a la violence familiale sur le comportement des enfants en salle de classe :

Les enfants témoins d'actes violents, normalement infligés à leur mère, vivent une forme insidieuse de mauvais traitements. Ils portent des marques psychologiques tout au long de leur vie pour avoir vu leur mère agressée. Ils participent à la conspiration du silence. Ils sentent que l'affection et l'appui de leur mère leur ont été volés et manifestent des symptômes physiologiques semblables à ceux des enfants victimes de mauvais traitements physiques; les troubles comportementaux causés par ce traumatisme nuisent à la vie scolaire des élèves et à leur éducation, et leurs expériences rendent impossible tout semblant de croissance et de développement normaux. (4:10)

Gene Kravetz, de la *Provincial Association of Transition Houses of Saskatchewan*, a déclaré pour sa part au Comité que le gouvernement de la Saskatchewan, conscient des incidences de la violence sur les enfants, a décidé de préciser dans la *Family Services Act* que les enfants ayant besoin de protection englobaient « les enfants qui ont été exposés à la violence familiale ». (5:39)

Comme nous l'avons fait remarquer plus tôt, la violence faite aux femmes est un fléau qui grève sérieusement les ressources dont dispose la collectivité pour venir en aide aux femmes maltraitées. Bon nombre de victimes n'ont aucune source de revenu personnelle. Lorsqu'elles quittent le foyer, elles ont souvent besoin de logements subventionnés, d'aide juridique et d'une pléthore de services sociaux pour elles et leurs

parent et qui prennent des somnifères est de 50 p. 100 supérieure, celle des femmes dans le même cas qui prennent des calmants est de 100 p. 100 supérieure. Les femmes qui ont été victimes d'agressions sexuelles dans leur enfance risquent deux fois plus que les autres de prendre des somnifères et risquent trois fois plus que les autres de recourir à des calmants.

Comparativement aux femmes qui n'ont pas subi de mauvais traitements physiques et qui n'ont pas été victimes d'abus sexuels à l'âge adulte, la proportion des femmes victimes de sévices et qui déclarent prendre des somnifères est de 40 p. 100 supérieure, celle des femmes dans le même cas qui disent prendre des tranquillisants est de 74 p. 100 supérieure. Les femmes qui ont été victimes d'agressions sexuelles sont deux fois et demie plus susceptibles que les autres de prendre des somnifères et près de quatre fois plus susceptibles que les autres de prendre des tranquillisants.

Mme Jeri Wine de l'Institut canadien de recherches sur les femmes, a fait part des conclusions d'une étude récente sur les femmes hospitalisées dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux de Toronto. Les entrevues révélèrent que 90 p. 100 d'entre elles ont été victimes de graves agressions sexuelles ou physiques, ou des deux, dans leur enfance. Le témoin a conclu en ces termes : « Il est évident que les sévices infligés en bas âge imposent des coûts très élevés au système de soins de santé sociale et mentale » (12:35).

Les femmes ne sont pas les seules à subir les répercussions de la violence à leur égard; leurs enfants en ressentent également les contre-coups. Il existe des preuves concrètes qui montrent que la violence faite aux femmes se transmet d'une génération à l'autre. Les témoins oeuvrant auprès d'hommes violents et de femmes maltraitées ont affirmé au Comité que les enfants exposés à la violence dans leur milieu familial sont susceptibles de revivre l'expérience, soit en tant que victimes, soit en tant qu'agresseurs. Gene Kravetz, employée d'une maison d'accueil pour femmes battues en Saskatchewan, a déclaré ce qui suit au Comité :

Notre maison d'hébergement est ouverte depuis 11 ans et nous commençons à voir des victimes de deuxième génération. Nous accueillons des jeunes femmes victimes de violence conjugale que nous connaissons déjà puisqu'elles accompagnaient leurs mères quand elles avaient 10, 12 ou 15 ans. (5:40)

D'autres employés de maisons d'accueil de toutes les régions du Canada ont répété la même histoire tragique au Comité. Un des témoins qui intervient auprès d'enfants et de familles pris en charge par le réseau judiciaire a fait valoir que les femmes ne recherchent pas la compagnie d'hommes violents, mais qu'elles ont beaucoup moins le réflexe de se protéger si elles ont été exposées à des actes de violence dans leur famille d'origine.

La violence faite aux femmes entraîne des coûts pour la victime, pour sa famille et pour la société. Des témoins ont souligné le fait qu'il en coûte beaucoup aux contribuables en frais médicaux pour les médecins, les services d'urgence des hôpitaux ainsi que les cliniques de santé mentale; en frais de justice pénale pour la police, les tribunaux et les pénitenciers; en frais de services sociaux pour le bien-être social, le logement et les services de garde. De même, comme les femmes représentent une grande partie de la population active, les employeurs font eux aussi les frais de la violence faite aux femmes, en raison du taux d'absentéisme élevé et de la faible productivité des victimes.

Fractures, blessures internes, hématomes, œil au beurre noir, brûlures, morsures, lacerations, blessures faites au moyen de couteaux ou d'armes et décès, sont les conséquences de la violence physique faite aux femmes. Les effets psychologiques de la violence sont tout aussi importants. Il est prouvé que les femmes qui sont victimes d'agressions de la part de l'homme avec lequel elles vivent une relation intime se déprécient, ont peur, perdent tout contrôle et souffrent d'isolement. Elles s'en prennent à elles-mêmes et minimisent les répercussions de la violence. Elles comprennent que peu d'options s'offrent à elles et qu'elles ne peuvent pas vraiment modifier le cours de leur vie, tandis que la vision négative qu'elles ont d'elles-mêmes les maintient dans un état de dépendance et de passivité. Les femmes victimes d'agression sexuelle sont environ cinq fois plus susceptibles que les autres de faire une dépression nerveuse, six fois plus susceptibles que les autres de commettre une tentative de suicide et huit fois plus susceptibles que les autres de se suicider ou de mourir prématurément (5:8).

Des témoins de l'*Addiction Research Foundation* ont présenté au Comité les conclusions d'une étude effectuée en Ontario auprès de femmes choisies au hasard, âgées de plus de 18 ans et vivant avec un homme. D'après les recherches effectuées, les femmes et les enfants victimes de violence physique et sexuelle souffrent d'un traumatisme émotionnel, qui les conduit à abuser de l'alcool et des drogues pour atténuer leur douleur physique et émotionnelle (9:21).

Comparativement aux femmes qui n'ont pas subi de mauvais traitements physiques et qui n'ont pas été victimes d'abus sexuels dans leur enfance, la proportion des femmes qui ont été maltraitées physiquement dans leur enfance par l'un ou l'autre

Les valeurs traditionnelles associées aux rôles de l'homme et de la femme permettent également d'expliquer la violence des hommes contre les femmes. Certains témoins se sont dits inquiets de la façon dont notre société définit la masculinité et la féminité. On encourage les hommes à être agressifs, forts et dominateurs. Inversement, on s'attend à ce que les femmes soient passives, obéissantes et soumises. D'après des recherches effectuées à ce sujet, les hommes violents ont une idée traditionnelle de l'autorité masculine et de la docilité féminine. Ils croient fermement avoir le droit de dominer les personnes dont le statut est inférieur, notamment leur épouse et leurs enfants. Le Comité a été informé des conclusions de travaux de recherche montrant que le taux de violence faite aux femmes est supérieur dans les sociétés où l'homme est la personne dominante du couple et inférieur dans les sociétés où les deux partenaires d'un couple sont égaux.

Des témoins en sont arrivés à la conclusion que la nature persistante de la violence faite aux femmes prouve que ce n'est que lorsque la structure et les croyances sociales, fortement ancrées à propos des rôles masculins et féminins et de l'inégalité des sexes et des pouvoirs, seront mises en évidence et contestées, que les choses changeront.

La ministre responsable de la Condition féminine s'est déclarée en faveur de changements dans les structures actuelles de la société, qui maintiennent les femmes au rang de subalternes.

Cet examen rapide de nos connaissances des causes de la violence faite aux femmes démontre à l'évidence qu'il s'agit à la fois d'un symptôme effrayant et du produit de la subordination des femmes dans la société. Par conséquent, tout effort visant à arrêter cette violence doit consister en stratégies s'appuyant sur de larges assises, conçues de manière à effectuer des modifications fondamentales des structures socio-économiques qui perpétuent la subordination des femmes. Il faut envisager et appliquer ces stratégies dans le contexte d'un effort global de promotion de l'égalité des femmes. (1:19)

Le Comité est impressionné par cette évaluation et souscrit à l'analyse faite par la ministre. Le lien entre l'inégalité et la violence est un thème que l'on retrouve tout au long du présent rapport.

LIEN ENTRE L'INÉGALITÉ DES FEMMES ET LA VIOLENCE DONT ELLES SONT VICTIMES

La violence faite aux femmes qui se fait sentir un peu partout a amené de nombreux intervenants à conclure que ce phénomène ne peut être compris qu'en rapport avec le contexte social de la vie des femmes. D'aucuns ont affirmé au Comité que la violence faite aux femmes reflète et renforce l'inégalité du statut de la femme par rapport à celui de l'homme. Ainsi, la vulnérabilité des femmes à la violence est liée de façon indissociable aux inégalités sociales, économiques et politiques que connaissent les femmes dans leur vie quotidienne. En outre, la violence et la crainte de la violence empêchent les femmes de parvenir à l'égalité.

De nombreux témoins ont fait ressortir l'inégalité affligeante et trop courante qui caractérise la répartition de la richesse, du pouvoir et des privilèges entre les hommes et les femmes dans la société canadienne. Selon Sheila McIntyre du Fonds d'action et d'éducation juridiques pour les femmes, le nombre de femmes vivant dans la pauvreté, surtout des mères célibataires et des femmes âgées, ne cesse de croître. L'écart entre le salaire des hommes et des femmes reste le même, une femme gagnant 66 cents pour chaque dollar gagné par un homme dans un emploi à plein temps. Les femmes sont susceptibles d'occuper des emplois mal payés, non syndiqués, provisoires ou à temps partiel, qui comportent peu ou pas d'avantages sociaux ou de droit à une pension. Tant dans le secteur public que privé, trop peu de femmes occupent des postes de cadres ou de direction (4:27).

Les options offertes à une femme qui vit avec un homme violent, à la charge de ses enfants et dépend financièrement de son partenaire, sont limitées par les ressources dont elle dispose. En effet, les ressources financières permettent d'acheter la sécurité et les services. Il faut de l'argent pour déménager, retenir les services d'un avocat, payer le loyer, se nourrir, s'habiller et nourrir et habiller les enfants, avoir accès aux services de garde, payer le transport, reprendre ses études ou participer à un programme de formation, etc. D'après des recherches faites aux États-Unis, après la séparation d'un couple, le niveau de vie de l'homme augmente de 42 p. 100 en moyenne, tandis que celui de la femme et des enfants diminue de 73 p. 100. Ces facteurs rendent la situation économique des femmes très précaire; celles-ci dépendent financièrement des hommes et sont, par conséquent, plus exposées à la violence.

harcélement sexuel, la prostitution, l'agression conjugale émotionnelle, psychologique et physique, la violence dans les fréquentations ou envers les enfants, l'inceste, ainsi que l'assassinat individuel, les meurtres en série et les tueries (1:14).

Diane Lemieux, coordonnatrice du Regroupement québécois des centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, a indiqué au Comité que la violence faite aux femmes s'apparente à celle qui se produit en temps de guerre. En effet, dans les endroits où sévit la guerre, les femmes sont violées, menacées, harcelées, battues et tuées. Elle compare les centres d'aide aux victimes de viol et les maisons d'hébergement pour femmes battues à une Croix-Rouge pour les femmes où l'on panse les blessures physiques et psychologiques des survivantes (13:5). Patricia Marshall, directrice exécutive du METRAC, reprend cette métaphore de la guerre dans son témoignage. «J'ai dit qu'à notre avis, il y a, à l'heure actuelle, une guerre menée contre les femmes. C'est cet état de choses qui justifie l'adoption d'un budget de guerre» (5:109).

Incidentement, selon un récent rapport d'Amnistie internationale intitulé *Women in the Front Lines: Human Rights Violations Against Women*, partout dans le monde, les femmes sont victimes de violations des droits de la personne, notamment de viol, d'humiliation sexuelle, de menaces de viol et de violence physique utilisées pour avilir, humilier et intimider, particulièrement en contexte de conflit politique (Amnistie internationale, *Women in the Front Lines: Human Rights Violations Against Women*, Amnesty International Publications, New York, 1991).

Ontario ont accueilli 9 838 femmes accompagnées de 11 000 enfants, et 87 p. 100 des familles se trouvaient en maison d'hébergement d'urgence en raison de violence au foyer. En 1989, la Maison Osborne de Winnipeg, l'une des plus grandes au Canada, a reçu 2 000 femmes et enfants en situation d'urgence. L'homme est la victime dans au plus 5 p. 100 de tous les cas d'agression contre le conjoint.

— En 1989, 48 p. 100 des Canadiens ont signalé qu'ils étaient personnellement au courant de cas de femmes agressées physiquement par leur mari ou leur concubin. Sur l'ensemble des enfants vivant en maison d'hébergement, 25 p. 100 ont indiqué, avant de suivre des séances de counselling, qu'il est normal pour un homme de frapper une femme si la maison est en désordre. Sur le nombre total d'adultes et de jeunes accusés de crimes de violence par la police en 1989, 89 p. 100 étaient des hommes. Une étude effectuée à London (Ontario) en 1987 révèle que plus de 50 p. 100 des jeunes contrevenants accusés de crimes contre la personne ont vécu dans un foyer violent pendant leur enfance. D'après les recherches faites dans ce domaine, les hommes témoins d'actes de violence pendant leur enfance sont mille fois plus susceptibles de battre leur femme que ceux qui n'ont pas vécu ce genre d'expérience.

— Une étude faite en 1982 dans l'ensemble du Canada révèle que 54 p. 100 de toutes les agressions contre des femmes séparées sont commises par d'anciens partenaires conjugués. En 1989, 19 femmes ont été assassinées au Canada par leur ex-mari ou ex-concubin ou par leur mari ou concubin actuel. De toutes les femmes assassinées au Canada, 62 p. 100 le sont par leur partenaire. D'après Trudy Don, directrice administrative de l'*Ontario Association of Interval and Transition Houses Against Abused Women*, un nombre croissant de femmes ont été tuées au cours des quatre ou cinq dernières années alors qu'elles avaient franchi toutes les étapes nécessaires pour se sortir d'une relation dominée par la violence. «Elles sont passées par les maisons de transition, les séances de counselling, le système judiciaire et les batailles pour la garde de leurs enfants, et malgré tout, elle se sont fait tuer» (5:80).

Beaucoup de témoins laissent entendre que ces faits témoignent de la nature endémique et profondément enracinée de la violence faite aux femmes dans notre société. Ils soulignent qu'étant donné le nombre de femmes victimes de violence, il est fort probable que ces incidents soient liés à notre système de valeurs, ainsi qu'à nos attitudes, et que les auteurs d'actes de violence sont tous anormaux ou déments. Selon le témoignage de la ministre responsable de la Condition féminine devant le Comité, la violence masculine faite aux femmes est une forme de discrimination dans notre société qui s'inscrit dans un contexte global incluant les biais sexistes, la pornographie, le

et de ceux qui ne l'ont pas été. Les sondages d'opinion publique visant à connaître l'attitude de la population à l'égard de la violence ainsi que le taux de sensibilisation à la violence faite aux femmes constituent une autre source de données. Les études spéciales réalisées auprès de maisons d'accueil pour femmes battues, de centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle et d'autres organismes de première ligne donnent une idée du nombre de victimes qui sollicitent l'aide de ces services.

Beaucoup de témoins entendus par le Comité ont insisté sur l'incidence de la violence faite aux femmes au Canada. Certains d'entre eux ont présenté au Comité un nombre incroyable de statistiques tirées de sources de données officielles, d'enquêtes sur la victimisation et l'attitude du public et d'études spéciales faites par ceux qui assurent des services d'urgence.

— En 1989, 12 970 agressions sexuelles ont été rapportées à la police. Entre 1983 et 1989, le nombre de plaintes pour agression sexuelle reçues par la police a augmenté de 93 p. 100. Au Canada, il se commet une agression sexuelle à toutes les 17 minutes, et 90 p. 100 des victimes sont des femmes. Une femme sur quatre sera agressée sexuellement une fois dans sa vie, et la moitié avant l'âge de 17 ans. Entre 63 et 83 p. 100 des femmes seront agressées sexuellement par une de leurs connaissances. Il se commet entre 14 000 et 18 000 agressions sexuelles chaque année au Québec.

— Quatre-vingt p. 100 des femmes autochtones interrogées lors d'un récent sondage de l'*Ontario Native Women's Association* ont déjà été agressées ou maltraitées. Dans les écoles secondaires de Toronto, 20 p. 100 des jeunes filles affirment avoir été agressées sexuellement, et 11 p. 100 disent avoir été victimes de sévices de la part de leurs connaissances. Une étude révèle que 53 p. 100 des femmes handicapées de naissance ont été violées, maltraitées ou agressées. Au Québec, sur l'ensemble des demandes d'aide reçues par les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle, 40 à 50 p. 100 proviennent de femmes qui ont déjà été victimes d'inceste. Environ 60 p. 100 des femmes agressées physiquement ou sexuellement par leur conjoint ou leur partenaire sont blessées, et 20 p. 100 d'entre elles ont besoin de soins médicaux. Au moins 50 p. 100 des femmes ont peur de circuler seules le soir dans les rues de leur propre quartier.

— Chaque année, au moins une femme sur dix est agressée physiquement ou sexuellement par son mari, son ex-mari ou son concubin. Une femme est trappée par son mari ou son partenaire en moyenne une trentaine de fois avant qu'elle se décide à en avertir la police. Au cours d'une année donnée, si une femme est agressée par un homme au sein de la collectivité, il y a 13 fois plus de chances qu'elle le soit par son partenaire que par un étranger. En 1989, 78 maisons de transition en

FRÉQUENCE DE LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES AU CANADA

Les médias canadiens rapportent presque chaque jour des cas d'agressions sexuelles et physiques, perpétrées contre des jeunes filles et des femmes, par des personnes qui avaient la confiance des victimes ou leur étaient étrangères. La fréquence des incidents de cette nature rapportés par les médias devrait inciter la plupart des Canadiens à s'interroger sur l'ampleur effective du phénomène de la violence faite aux femmes au Canada. En fait, la gravité de la situation dépasse de loin le nombre de signales. Les recherches montrent, en effet, que la plupart des femmes victimes de violence ne portent pas plainte à la police. Par conséquent, le taux réel d'agression demeure inconnu et ne figure pas dans les statistiques criminelles officielles ni, par conséquent, dans les reportages des médias. En fait, les manifestations de violence sexuelle et physique contre les femmes sont deux types de crimes dont on sait pertinemment qu'ils sont beaucoup moins signales que d'autres types de crimes violents. Une enquête pancanadienne publiée en 1985 indique d'ailleurs que moins de 40 p. 100 des victimes d'agression sexuelle et moins de la moitié des femmes battues en avisent la police. Les études montrent que la répugnance des femmes à signaler ces attaques violentes est liée à la crainte de représailles susceptibles de mettre leur vie en danger ou de les exposer à d'autres gestes violents, au manque de confiance dans les forces policières et les tribunaux ainsi qu'à un sentiment de culpabilité et de gêne.

Le Système de déclaration uniforme de la criminalité, qui tient des statistiques sur les incidents de nature criminelle qui se produisent au Canada, ne fait état que des crimes qui sont signales à la police, et tous les cas de femmes battues figurent sous la rubrique descriptifs sur les rapports entre les victimes et les agresseurs ou sur les circonstances entourant l'infraction, qui permettraient de repérer les cas de violence familiale.

D'autres sources de données ont été établies pour mesurer la fréquence des crimes qui ne sont pas signales à la police et celle des crimes commis au foyer. Dans les enquêtes sur la victimisation, on demande aux répondants, tout en leur permettant de garder l'anonymat, de signaler les agressions physiques ou sexuelles dont ils ont été victimes pendant une période donnée. L'un des avantages de ce genre d'enquêtes est qu'elles permettent à la fois de tenir compte des incidents qui ont été signales à la police

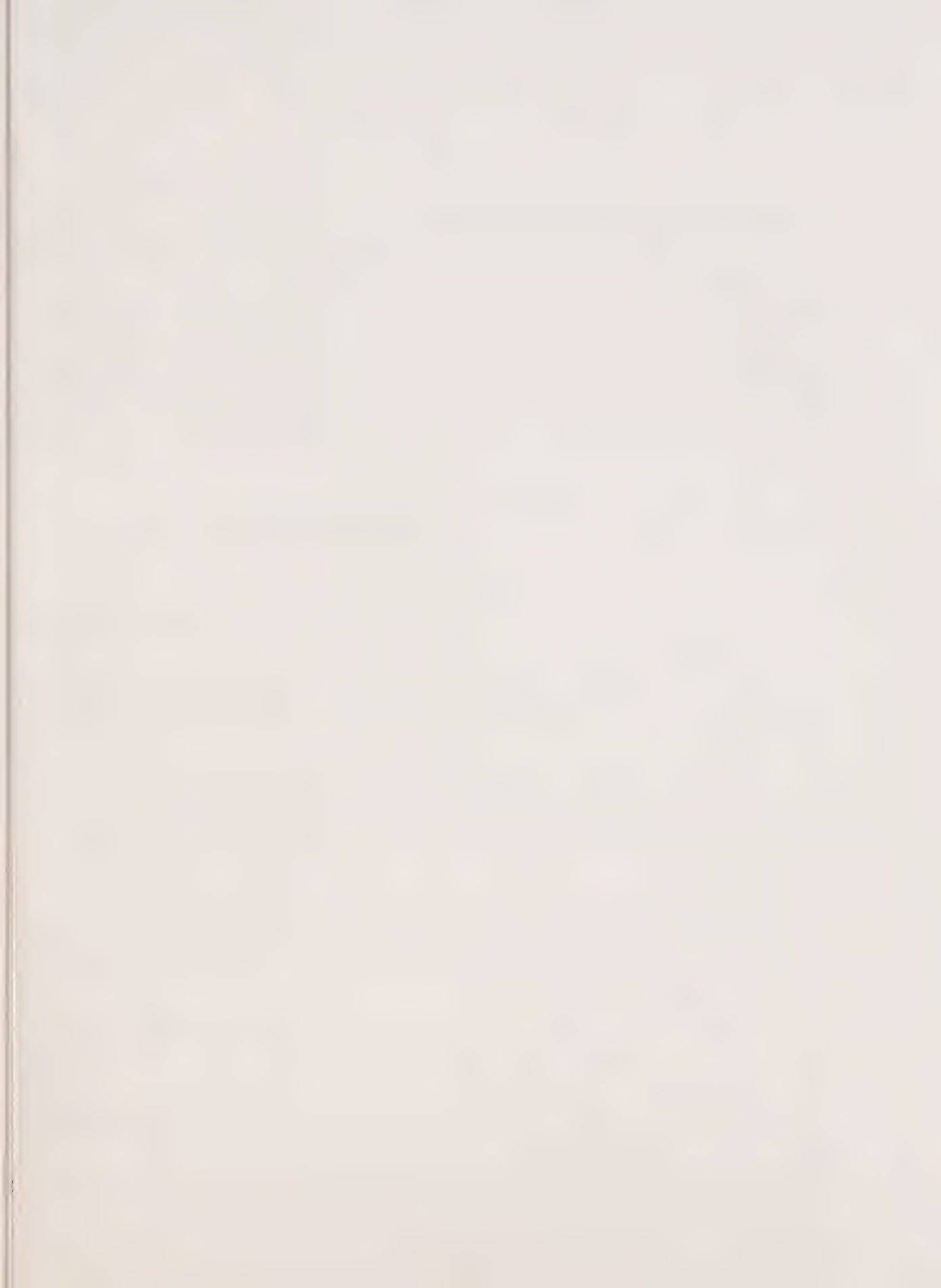


DÉFINITION DE LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES

La définition de la violence contre les femmes dont s'est inspiré le Comité dans la rédaction de son rapport est tirée du mémoire intitulé «La violence faite aux femmes par les hommes : la brutalité de l'inégalité», présenté par le Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme.

La violence faite aux femmes est un problème complexe qui comprend la violence physique, sexuelle, psychologique et économique contre les femmes et qui est tributaire des structures, des valeurs et des mesures sociales, économiques et politiques qui musellent les femmes dans notre société, favorisent la discrimination fondée sur le sexe et maintiennent l'inégalité des femmes.

Cette définition lie les abus dont les femmes sont victimes à l'inégalité de leur situation dans notre société ainsi qu'aux croyances, attitudes et valeurs sociales qui font en sorte qu'on ferme les yeux sur la violence faite aux femmes. Cette façon de concevoir la violence à l'égard des femmes mène inévitablement à la conclusion qu'il faut, pour trouver des solutions efficaces, modifier la condition féminine et les valeurs traditionnelles qui régissent les rapports entre les sexes.



Le présent rapport est divisé de la façon suivante : la première partie définit la violence faite aux femmes et sa fréquence dans la société canadienne; la deuxième porte sur le lien entre l'inégalité des femmes dans notre société et leur vulnérabilité à devenir des victimes; la troisième décrit les coûts humains et financiers de la violence contre les femmes. Le rapport fait également état des conclusions et des recommandations du Comité au sujet de questions qui, à son avis, doivent faire l'objet d'une réforme.

Le Sous-comité a invité les intéressés à présenter des mémoires sur toutes questions pertinentes, en particulier les suivantes :

- 1) les images des femmes qui sont présentées dans les médias et qui provoquent et perpétuent la violence contre les femmes;
- 2) la violence contre certains groupes de femmes — les immigrantes, les handicapées, les femmes plus âgées, les femmes autochtones, celles qui vivent en milieu rural, celles qui réussissent dans les domaines traditionnellement réservés aux hommes, y compris les collèges et les universités;
- 3) la nature de la violence contre les femmes, notamment la question de savoir s'il existe un lien entre la violence contre les femmes et la prolifération des armes à feu et l'augmentation constante de la puissance de ces armes;
- 4) des modèles de programme et des protocoles établis par la police, des organismes non gouvernementaux et des groupes communautaires afin de prévenir la violence contre les femmes, d'intervenir contre cette violence et d'éliminer les obstacles aux initiatives efficaces;
- 5) l'élaboration de ressources et de programmes éducatifs destinés à favoriser des attitudes saines envers la sexualité et à assurer le respect de la dignité humaine;
- 6) des modèles pour la résolution de conflits et des programmes de traitement efficaces à l'intention des agresseurs;
- 7) le besoin de créer une commission royale chargée d'étudier la violence contre les femmes et les questions à confier à cette commission.

Pendant cinq mois, le Sous-comité a entendu des témoignages et a reçu des mémoires de femmes victimes de violence, de représentants du gouvernement, d'une foule d'agences et d'organismes communautaires et non gouvernementaux qui offrent des services aux femmes et aux enfants victimes de violence ainsi qu'aux agresseurs, d'associations et d'organismes professionnels qui font fonction d'éducateurs et de défenseurs des femmes victimes de violence ainsi que de spécialistes et d'intervenants, qui ont témoigné ou présenté un mémoire à titre personnel.

Ces témoignages ont été publiés dans les fascicules nos 1 à 13 du Sous-comité de la condition féminine, 2^e session, 34^e législature.

L'assassinat révoltant et insensé de 14 jeunes étudiantes en génie, à l'École polytechnique de Montréal, le 6 décembre 1989, a été une tragédie humaine et sociale sans précédent au Canada. Au moment d'utiliser son arme semi-automatique pour abattre ces étudiantes en moins de 20 minutes, Marc Lépine a clairement indiqué qu'il percevait ces jeunes femmes comme des «féministes» et qu'il les détestait parce qu'elles lui volaient sa place à l'école de génie de l'Université de Montréal. Cette forme extrême de rage masculine contre les femmes a attiré l'attention du public sur la violence faite aux femmes dans la société canadienne. Par la suite, un certain nombre de féministes et d'autres intervenantes ont déclaré en chœur que le geste de Marc Lépine représentait une forme extrême de la violence à laquelle les femmes sont régulièrement confrontées dans leur vie. Au cours de sa comparution devant le Comité, Mary Collins, ministre responsable de la Condition féminine, a fort justement exprimé ce point de vue en déclarant que : «Les événements de Montréal constituent le reflet du même genre de violence qui détruit la vie d'un si grand nombre de femmes au Canada chaque jour, chez elles, dans la rue, et au travail» (1:13).

Le massacre de Montréal a été, en fait, le catalyseur qui a incité les Canadiens à demander au gouvernement de porter cette question à son ordre du jour. C'est alors que s'est amorcée, à la grandeur du pays, une campagne en vue de trouver des solutions pour mettre fin à ce type d'abus de pouvoir qui menace la sécurité personnelle et l'égalité des femmes canadiennes.

Le 22 juin 1989, le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a établi le Sous-comité chargé de la condition féminine qui, le 4 décembre 1990, s'est donné le mandat suivant :

Examiner les définitions, la fréquence, les causes et les coûts de la violence contre les femmes dans la société canadienne et les mesures prises par le système de justice pénal, les groupes communautaires et le gouvernement pour faire face à ce problème, ainsi que le rôle et la responsabilité des gouvernements pour ce qui est d'y trouver des solutions.

qu'une base de données nationale sur les armes à feu et leurs propriétaires soit établie; que les femmes et les personnes qui ne possèdent pas d'armes à feu participent au processus d'élaboration des normes en matière d'entreposage sûr des armes à feu; qu'on fasse respecter ces normes; que toutes les armes d'assaut soient retirées de la circulation; et que les ressources nécessaires soient prévues pour chacune de ces initiatives.

24. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral établisse, en consultation avec l'Association des femmes autochtones du Canada et d'autres organisations de femmes autochtones, un groupe de travail sur la violence familiale dans les collectivités autochtones.

25. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de collaborer avec les groupes de femmes d'un océan à l'autre et avec les provinces à l'établissement d'une commission royale d'enquête sur la violence faite aux femmes.

18. Le Comité recommande que soit mis sur pied un organisme administratif ou un groupe de travail constitué de juristes et d'autres spécialistes des questions touchant l'égalité des femmes, qui serait chargé d'élaborer des mesures législatives de promotion de l'égalité pour faire échec à la violence faite aux femmes et ce, dans le cadre de consultations dignes de ce nom avec les groupes de promotion de l'égalité. Il faudrait fournir à ces groupes l'argent dont ils ont besoin pour élargir leurs connaissances et pouvoir ainsi venir en aide au Comité. Cette entité serait chargée d'évaluer toutes les mesures législatives pour voir si elles sont conformes au principe de l'égalité des femmes.
19. Le Comité recommande que les considérants de la loi adoptée par le Parlement en vue de mieux assurer l'égalité des femmes et de mettre fin à la violence dont elles sont victimes fassent clairement état de l'inégalité dont souffrent les femmes dans la société canadienne et donnent comme raison d'être à la loi les garanties constitutionnelles en matière d'égalité.
20. Le Comité recommande que, si la Cour suprême du Canada déclare inconstitutionnels les articles 276 et 277 du Code criminel, le Parlement les rétablisse en invoquant l'article 33 de la Charte (clause de dérogation) de manière à les mettre à l'abri de toute contestation constitutionnelle ou érosion.
21. Le Comité recommande que le Parlement fasse le nécessaire pour que, dans les procès pour agression sexuelle, il ne soit plus possible d'invoquer l'«erreur de fait», c'est-à-dire de soutenir que l'accusé croyait honnêtement avoir le consentement de la victime, comme dans l'affaire *PapaJohn*.
22. Le Comité recommande qu'on modifie la *Loi sur le divorce* pour faire en sorte que la violence faite aux femmes ou aux enfants, y compris sous forme de voies de fait contre l'épouse, d'exploitation sexuelle ou d'agression sexuelle, entre en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'accorder le droit de garde et de visite des enfants.
23. Le Comité recommande que le Parlement réexamine la question du contrôle des armes à feu et envisage d'adopter un projet de loi plus sévère sous les rapports suivants : qu'on réaffirme que la possession d'une arme à feu est considérée non pas comme un droit, mais comme un privilège; que le privilège de posséder une arme à feu ne soit pas accordé à ceux qui ont été reconnus coupables d'un crime contre la personne ou de quelque autre délit grave; que l'âge légal pour posséder une arme à feu passe de 16 à 18 ans; que les armes semi-automatiques soient classées parmi les armes à autorisation restreinte; que le type et le numéro de série de toutes les armes que possède quelqu'un figurent sur l'Autorisation d'acquisition d'armes à feu (AAAF); qu'une AAAF soit nécessaire pour acheter des munitions;

13. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral exige que ses procureurs des territoires suivent des cours sur la violence faite aux femmes et reçoivent la directive de recommander l'application obligatoire d'un programme d'orientation et de traitement, en plus de la peine criminelle applicable, lorsqu'un homme est reconnu coupable d'avoir agressé son épouse ou sa compagne. Le contenu des cours devrait être établi de concert avec les organismes de première ligne oeuvrant auprès des femmes victimes de violence. Le gouvernement fédéral devrait également inciter les gouvernements provinciaux à obliger leurs propres procureurs à suivre ces cours et à recommander l'application obligatoire de programmes d'orientation et de traitement, en plus des autres possibilités de peine, dans les causes de violence conjugale.

14. Bien qu'il reconnaisse que le financement de l'aide aux victimes soit prioritaire, le Comité recommande que le gouvernement fédéral donne le ton en s'assurant que les programmes de traitement des hommes violents disposent d'un financement suffisant et stable. Il faudrait que l'argent aille aux modèles de programmes reconnus comme les plus efficaces au terme de la recherche du gouvernement fédéral sur les programmes d'orientation et de traitement des hommes qui battent les femmes.

15. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral coordonne l'élaboration d'une politique nationale du logement et contribue de façon concrète à soulager la pénurie de logements abordables et accessibles à laquelle sont confrontés les gagne-petit et les pauvres, notamment les femmes dont le logement n'est pas sûr.

16. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral élabore une politique juridique qui permette aux tribunaux de rendre, sur la demande du procureur de la Couronne, une ordonnance d'interdiction d'accès au domicile familial dans le cas d'un homme accusé d'avoir agressé son épouse ou sa compagne. La politique devrait obliger la police et les tribunaux à assurer la protection de la victime et l'exécution de l'ordonnance.

17. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative de souligner l'importance des règles de mise en accusation obligatoire dans les cas d'agression physique ou sexuelle en ordonnant à la GRC d'en respecter fidèlement la teneur. Le gouvernement fédéral devrait également encourager les gouvernements provinciaux à ordonner à leurs forces policières de toujours faire respecter leurs règles de mise en accusation obligatoire.

- répondre aux besoins des victimes. Le contenu des cours devrait être établi de concert avec les organismes de première ligne oeuvrant auprès des femmes victimes de violence. Le gouvernement fédéral devrait mettre à la disposition des gouvernements provinciaux et des administrations municipales les ressources nécessaires pour leur permettre d'obliger leurs employés préposés aux services sociaux, aux soins de santé et à l'application des lois à suivre eux aussi ces cours.
7. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative en matière de sensibilisation des juges à l'égalité des sexes en exigeant que les juges de l'article 96 (nommés par le gouvernement fédéral) suivent une formation de base et de rappel qui porte sur la violence faite aux femmes et sur les questions connexes d'égalité des sexes. Il devrait aussi encourager les provinces à en exiger autant des juges dont la nomination relève d'elles. Il faudrait que les programmes de formation soient élaborés en consultation avec les organismes d'aide aux femmes victimes de violence.
8. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative, dans sa propre sphère de compétence, de supprimer les obstacles systémiques qui empêchent les femmes de jouir de la sécurité voulue et de chances égales, et qu'il encourage les provinces à faire de même.
9. Le Comité recommande que le Parlement donne à l'Association des femmes parlementaires du Canada le mandat de réaliser une étude et de présenter un rapport, d'ici six mois, sur les obstacles systémiques actuels à la pleine participation des femmes au sein de la Chambre des communes et de ses services de soutien, et de formuler des recommandations en vue de leur suppression.
10. Le Comité recommande de confier au Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme la responsabilité des programmes de sensibilisation des parlementaires à l'égalité des sexes.
11. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral donne le ton en s'assurant que les organismes d'aide aux femmes et aux filles victimes d'agression et d'exploitation disposent d'un financement sûr et à long terme. Ces organismes ont besoin de soutien financier pour rendre leurs services accessibles à toutes les femmes qui en ont besoin ainsi qu'aux femmes handicapées, aux femmes âgées, aux immigrantes et aux membres des minorités visibles et pour les adapter à leurs besoins.
12. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral publie immédiatement les résultats de sa recherche sur l'efficacité des divers modèles de programmes destinés aux hommes qui battent les femmes.

LISTE DES RECOMMANDATIONS

1. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative en matière de lutte contre la violence faite aux femmes en organisant une campagne nationale multimédias de sensibilisation au problème. La campagne devrait faire ressortir le caractère criminel de la violence faite aux femmes ainsi que la responsabilité de la société en matière de prévention.
2. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral engage des discussions avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour s'assurer qu'il y a au niveau communautaire assez de ressources pour répondre à la demande de services que suscitera la campagne multimédias sur la violence faite aux femmes.
3. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces, les territoires et les professionnels concernés, favorise l'application dans tout le pays de programmes scolaires de prévention de la violence rigoureux et uniformes. Le gouvernement fédéral devrait faire en sorte que ces programmes traitent expressément des questions d'égalité des sexes et soient obligatoires dans toutes les écoles primaires et secondaires.
4. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces, fasse en sorte que les politiques régissant les établissements scolaires, les parcs, les services récréatifs et les organismes de sport amateur, permettent d'éliminer les pratiques de nature à faire obstacle à la pleine participation des filles et d'offrir à tous le même accès et les mêmes chances d'épanouissement.
5. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral, de concert avec les provinces, les territoires et les professionnels concernés, encourage la mise en oeuvre de programmes scolaires d'initiation aux médias dans toutes les écoles secondaires. Les programmes d'initiation aux médias enseignent aux élèves à faire preuve de discernement face aux représentations et aux messages des médias notamment en matière de violence faite aux femmes.
6. Le Comité recommande que le gouvernement fédéral prenne l'initiative en matière de sensibilisation des forces de l'ordre à l'égalité des sexes et exige des agents de police fédéraux (GRC) qu'ils suivent une formation obligatoire et de rappel axée sur la fréquence des manifestations de violence contre les femmes et les enfants, leurs symptômes, leurs conséquences pour les victimes et les moyens à prendre pour

P.	CONTRÔLE DES ARMES À FEU	53
Q.	GROUPE DE TRAVAIL SUR LA VIOLENCE FAMILIALE DANS LES COLLECTIVITÉS AUTOCHTONES	56
R.	COMMISSION ROYALE D'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	57
	CONCLUSION	63
	ANNEXE	
	LISTE DES TÉMOINS	65
	PROCES-VERBAUX	73

TABLE DES MATIÈRES

Page

LISTE DES RECOMMANDATIONS	i
INTRODUCTION	1
DÉFINITION DE LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES	5
FRÉQUENCE DE LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES AU CANADA	7
LIEN ENTRE L'INÉGALITÉ DES FEMMES ET LA VIOLENCE DONT ELLES SONT VICTIMES	11
COÛTS DE LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	13
REFORMES NÉCESSAIRES	19
A. CAMPAGNE NATIONALE DE SENSIBILISATION À LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	19
B. COURS DE PRÉVENTION DE LA VIOLENCE DANS LES ÉCOLES	20
C. SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS À LA VIOLENCE FAITE AUX FEMMES	26
D. SENSIBILISATION DES JUGES AUX QUESTIONS LIÉES À L'ÉGALITÉ DES SEXES	27
E. VIOLENCE FAITE AUX FEMMES DANS DES RÔLES NON TRADITIONNEL	33
F. FINANCEMENT DES MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES BATTUES	36
G. TRAITEMENT DES HOMMES VIOLENTS	39
H. LOGEMENTS ABORDABLES	42
I. INTERDICTION D'ACCÈS AU DOMICILE FAMILIAL	43
J. ADOPTION PAR LES FORCES DE L'ORDRE D'UNE RÈGLE DE MISE EN ACCUSATION OBLIGATOIRE	44
K. CONSULTATION AVEC DES GROUPES DE FEMMES	47
L. CONSIDÉRANTS DE LA LOI	49
M. ARTICLES 276 ET 277 DU CODE CRIMINEL DU CANADA	50
N. ERREUR DE FAIT INVOQUÉE DANS LES PROCÈS POUR AGRESSION SEXUELLE	51
O. GARDE ET VISITE DES ENFANTS EN CAS DE DIVORCE	53

REMERCIEMENTS

Le Sous-comité souligne, avec gratitude, la collaboration et l'encouragement des femmes et des hommes qui ont participé à l'étude sur la violence faite aux femmes. Il remercie également tous les témoins qui ont comparu et qui ont accepté de partager leur connaissance, leur expérience et leur intelligence de ce sujet délicat.

Le Sous-comité souligne aussi la contribution de Mme Patricia Bégin, du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement, qui a dirigé les travaux de recherche et la rédaction du rapport. Il remercie Mme Kristen Douglas, du même service, qui a aidé au travail de recherche à l'étape de la rédaction.

Le Sous-comité manifeste sa reconnaissance à Marie Carrière, greffière du Sous-comité, pour les services indispensables qu'elle a fournis durant les audiences ainsi qu'à Christine Fisher et Nino Travella, greffiers à la procédure, pour leur contribution.

Il tient aussi à remercier de sa précieuse collaboration le personnel de la Direction des comités, du Bureau de la traduction du Secrétariat d'Etat ainsi que des services de soutien de la Chambre des communes et du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement.

**PREMIER RAPPORT DU SOUS-COMITÉ
SUR LA CONDITION FÉMININE**

LA GUERRE CONTRE LES FEMMES

Juin 1991

Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(1) du Règlement, votre Comité a mis sur pied un Sous-comité et lui a donné le mandat d'examiner le sujet de la condition féminine.

Le Sous-comité a présenté son premier rapport au Comité.

Votre Comité a reçu le rapport, dont voici le texte :

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF
THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIOR AND ON THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Members

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy
Pierrette Venne—(5)

(Quorum 3)

Researchers

Patricia Bégin
Kristen Douglas
Research Branch of the
Library of Parliament

Christine Fisher

Clerk of the Sub-Committee

Third Session of the Thirty-fourth Parliament,
1991

SOUS-COMITÉ SUR LA CONDITION FÉMININE DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Membres

Edna Anderson
Dawn Black
Mary Clancy
Pierrette Venne—(5)

(Quorum 3)

Attachées de recherche

Patricia Bégin
Kristen Douglas
Service de recherche de la
Bibliothèque du Parlement

La greffière du Sous-comité

Christine Fisher

Troisième session de la trente-quatrième législature,
1991

Publié en conformité de l'autorité du Président de la Chambre
des communes par l'Imprimeur de la Reine pour le Canada.

En vente: Groupe Communication Canada — Edition,
Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

Published under authority of the Speaker of the
House of Commons by the Queen's Printer for Canada.

Available from Canada Communication Group — Publishing,
Supply and Services Canada, Ottawa, Canada K1A 0S9

STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIORS AND THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Vice-Chairmen: Bobbie Sparrow
Rey Pagtakhan

Members

Edna Anderson
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
David Walker
Stan Wilbee—(8)

(Quorum 5)

Nino A. Travella

Clerk of the Committee

SUB-COMMITTEE ON THE STATUS OF WOMEN OF
THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH AND
WELFARE, SOCIAL AFFAIRS, SENIOR AND ON THE
STATUS OF WOMEN

Chair: Barbara Greene

Members

Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
Joy Langan
Nicole Roy-Arcelin—(5)

(Quorum 3)

Marie Carrière

Clerk of the Sub-Committee

Second Session of the Thirty-fourth Parliament,
1989-90-91

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Vice-président: Bobbie Sparrow
Rey Pagtakhan

Membres

Edna Anderson
Jean-Luc Joncas
Jim Karpoff
David Walker
Stanley Wilbee—(8)

(Quorum 5)

Le greffier du Comité

Nino A. Travella

SOUS-COMITÉ SUR LA CONDITION FÉMININE DU
COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU
BIEN-ÊTRE SOCIAL, DES AFFAIRES SOCIALES, DU
TROISIÈME ÂGE ET DE LA CONDITION FÉMININE

Présidence: Barbara Greene

Membres

Gabrielle Bertrand
Mary Clancy
Joy Langan
Nicole Roy-Arcelin—(5)

(Quorum 3)

La greffière du Sous-comité

Marie Carrière

Deuxième session de la trente-quatrième législature,
1989-1990-1991

*Procès-verbaux et témoignages du Comité permanent de la***Santé et du Bien-être
social, des Affaires
sociales, du Troisième
âge et de la Condition
féminine**

CONCERNANT:

Étude du premier rapport du Sous-comité de la condition
féminine

Y COMPRIS:

Premier rapport à la Chambre :
La guerre contre les femmes

RESPECTING:

Consideration of the First Report of the Sub-Committee
on the Status of Women

INCLUDING:

First Report to the House:
The War Against Women

LA GUERRE CONTRE LES FEMMES

Rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être
social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine

Barbara Greene, députée
présidence

Sous-comité sur la condition féminine

Juin 1991

Juin 1991

Sous-comité sur la condition féminine

Barbara Greene, députée
présidence

Rapport du Comité permanent de la santé et du bien-être
social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine

LA GUERRE CONTRE LES FEMMES

CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA



